

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 074

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecine Générale

par

Yoann MORVAN
né le 06/07/1988 à BREST

Présentée et soutenue publiquement le 11 mai 2017

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE DES SITUATIONS ET OPPORTUNITÉS DE
DÉPISTAGE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES EN
CONSULTATION DE SOINS PRIMAIRES EN RÉGION PAYS DE LA LOIRE

Président du jury : Professeur RAFFI François

Directrices de thèse : Docteur HALL Nolwenn
Docteur GRIMAUULT Charlotte

Membres du jury : Professeur BOUTOILLE David
Professeur SENAND Rémy

Remerciements

Je tiens à remercier le Professeur Raffi, pour me faire l'honneur de présider mon jury.

Je veux également remercier le Docteur Senand, membre du jury, pour me faire l'honneur de juger ce travail.

Merci également au Professeur Boutoille, membre du jury, pour le temps qu'il a accordé à mon travail.

Un grand merci à mes deux directrices de Thèse,

Au Docteur Grimault, pour le temps et l'investissement personnel dont elle a fait preuve pour cette thèse.

Au Docteur Hall, pour ses précieux conseils qui m'ont permis d'aboutir à un résultat épanouissant.

Un grand merci aux membres du DMG de Nantes, pour leur support et leur aide dans la réalisation de cette recherche.

Mes remerciements vont également au DMG d'Angers, pour avoir permis à cette étude de prendre une envergure régionale.

Je veux également signaler ma gratitude au COREVIH Pays de la Loire et à son directeur le Docteur Eric Billaud, pour leur soutien pendant cette étude.

Merci surtout à Solène Secher, du COREVIH de Nantes, pour sa réactivité quand je lui demandais de l'aide, et sa patience quand elle me demandait des résultats en retour.

Merci au Docteur Vandamme, du COREVIH, et au Docteur Fayolle, du DMG d'Angers, pour leur engagement dans ce travail.

Merci à Christelle Supiot, pour l'aide apportée à l'organisation de la journée de formation des internes.

Je remercie également le Pr Letrilliart, pour m'avoir aidé à réaliser ma grille de recueil à partir des données de sa propre étude.

Merci au Docteur Rat, pour l'intérêt qu'il a porté à mes recherches.

Bien évidemment, un grand merci à tous les internes ayant participé à cette étude, malgré le peu de bénéfice qu'ils en tiraient. Sans vous ce travail n'aurait pas été possible, et je ne peux que vous en être reconnaissant.

Merci également aux maîtres de stage, pour avoir accepté d'être observés sans connaître l'objet de la recherche à laquelle ils participaient, malgré la difficulté que cela représente.

Un grand merci également...

A tous mes amis, qui m'ont accompagné tout au long de ces années :

Depuis mon petit groupe de P2, avec qui j'ai passé tant de bons moments au cours de ces études. Qui aurait dit qu'un jour nous serions Docteurs !

Au groupe des Sablais, sans qui l'internat n'aurait pas toujours été aussi jovial. En espérant que ça continue maintenant que nous sommes grands !

En passant par tous mes co-internes, qui ont dû apprendre à me supporter tous les jours au travail. Six mois ne leur auront jamais parus aussi longs !

A Rémi, qui a été le premier à croire que je finirai un jour médecin.

Et tout les autres, que je n'oublie évidemment pas sans pouvoir tous les citer.

A ma famille, pour m'avoir accompagné et soutenu sans jamais désespérer que je finisse un jour mes études. Après tant de périodes d'examens à stresser plus que moi, vous allez enfin pouvoir vous reposer.

Et enfin à mon amour, Antoine, pour avoir été près de moi toutes ces années, et pour toutes celles qui restent devant nous.

Table des matières

I/Introduction.....	7
1.Les infections sexuellement transmissibles.....	7
a.L'infection par le VIH.....	7
b.Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae.....	8
c.Infections à HPV (Human Papilloma Virus).....	9
d.Virus de l'hépatite B (VHB) et virus de l'hépatite C (VHC).....	10
e.La syphilis.....	11
2.Recommandations nationales de dépistage.....	11
3.Place du médecin généraliste dans le dépistage des IST.....	13
II/Matériel et méthode.....	15
1.Objectifs.....	15
2.Description de l'étude.....	15
3.Critères d'inclusion.....	16
4.Grille de recueil.....	16
5.Analyse régionale	16
6.Analyses statistiques.....	17
III/Résultats.....	18
1.Caractéristiques de la population sur le secteur du DMG de Nantes et au niveau régional	19
2.Motifs de consultation (secteur du DMG de Nantes).....	20
3.Données de santé sexuelle et facteurs de risque d'IST (secteur du DMG de Nantes).....	21
4.Prévention générale (secteur du DMG de Nantes).....	24
5.Antécédent de dépistage (secteur du DMG de Nantes).....	25
6.Dépistages prescrits au cours de l'étude (secteur du DMG de Nantes).....	26
7.Opportunités de dépistage (secteur du DMG de Nantes).....	28
8.Points d'appels d'IST rencontrés et dépistage des IST (secteur du DMG de Nantes et région Pays de la Loire).....	29
IV/Discussion.....	32
1.Qualité de l'étude	32
2.Motifs de consultation	36
3.Données de santé sexuelle et facteurs de risque d'IST.....	37
4.Prévention générale.....	40
5.Antécédents de dépistage des IST.....	41
6.Le dépistage durant l'étude.....	42
7.Détails des bilans prescrits au cours de l'étude.....	43
8.Opportunités de dépistage	45
9.Points d'appel d'IST rencontrés.....	46
10.Influence de l'observateur dans le recueil des données.....	49
V/Conclusion.....	51
VI/Bibliographie.....	53
VII/Annexes.....	60
1.Grille de Recueil.....	60
2.Lettre d'information aux internes.....	61
3.Liste des points d'appel.....	62
4.Liste des opportunités de dépistage.....	64
5.Affiche d'information aux patients.....	65

Index des abréviations

ADVIH : Autotest de Dépistage de l'infection par le VIH
ASC-US : atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée
CATTE : Chlamydia Testing Training in Europe
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections des infections sexuellement transmissibles
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNR : Centre National de Référence
DMG : Département de Médecine Générale
ELISA : Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
FCV : Frottis Cervico-Vaginal
HAS : Haute Autorité de Santé
anticorps anti-HBs : anticorps orienté contre l'antigène de surface du VHB
antigène Hbc : antigène du core du VHB
antigène HBs : antigène de surface du VHB
HPV : Human Papilloma Virus
HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
LGV : Lympho Granulomatose Vénérienne
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
MSU : Maître de Stage Universitaire
ODICER : Organisation des Drogues pour l'Information sur les Comportements En Régions
PCR : Polymerase Chain Reaction
SIDA : Syndrome de l'ImmunoDéficiency Acquis
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic
UDI : Usager de Drogues Injectables
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I/ Introduction

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), anciennes Maladies Sexuellement Transmissibles, sont les pathologies infectieuses dont le germe se transmet par voie sexuelle. Plus d'une trentaine de germes différents sont actuellement recensés. Notre étude ne se basant que sur une région de France métropolitaine, nous retiendrons les principaux germes présents sur le territoire : le VIH, le *Chlamydia trachomatis*, le gonocoque, le *Human Papilloma Virus*, le virus de l'hépatite B, le virus de l'hépatite C et la syphilis.

Nous n'aborderons pas ici les infections bénignes à Trichomas et Mycoplasme, ainsi que les infections plus rares telles que la Donovanose ou le chancre mou.

1. Les infections sexuellement transmissibles

a. L'infection par le VIH

Épidémiologie

En France, on estime que 150 000 personnes seraient infectées par le VIH en 2013, dont 30 000 l'ignorent (1). Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués par an semble s'être stabilisé depuis 2007, avec 600 nouveaux cas diagnostiqués en 2015 (2). La dernière incidence calculée est de 17 contaminations pour 100 000 habitants, pour une prévalence de 152 000 personnes en France en 2008 (3).

Malgré cette stabilité apparente, il apparaît depuis 2011 une augmentation du nombre de cas dans la population des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) (2). Cette population concentre actuellement 43% des nouveaux cas, suivi des hétérosexuels nés à l'étranger (38%). Les hétérosexuels nés en France constituent quant à eux 17% des diagnostics en 2014 (2).

En 2014, 39% des diagnostics ont été réalisés à un stade précoce (2). Ce chiffre se stabilise par rapport à 2013 où il était en progression. On note cependant une amélioration régulière de ce chiffre dans la population hétérosexuelle masculine depuis 2010 (de 27 à 37% chez les hétérosexuels hommes nés en France).

Environ 43% des diagnostics se font encore malgré tout à un stade tardif de la maladie (soit moins de 350 CD4+/mm³ ou un stade SIDA au diagnostic)(2).

Il semble important de souligner le fort différentiel entre le dépistage de ville et celui des établissements de soins : alors que ces derniers ne prescrivent que 25% des sérologies, 71% des nouveaux cas y sont diagnostiqués (4).

A noter qu'en 2013, 38% des sérologies positives étaient réalisées sur un point d'appel infectieux, dont 22% étaient des signes de primo-infection (1). Elles étaient réalisées ensuite dans 23% des cas dans le cadre d'un bilan systématique, et dans 21% des cas lors d'une exposition récente asymptomatique. Dans 77% des cas, cette sérologie était à l'initiative du médecin.

Le stade SIDA, qui fait la gravité de l'infection par les infections opportunistes qui en découlent avec un risque vital potentiel, a une incidence stable, avec 1200 nouveaux diagnostics en 2015(2).

Méthode de dépistage

Le test de première intention est un test ELISA de 4^{ème} génération, associant recherche d'antigène p24 et d'anticorps (5). Celui-ci est fiable 6 semaines après une exposition à risque. En cas de positivité, un examen par Western Blot est pratiqué pour confirmer le diagnostic ainsi qu'une seconde sérologie.

Différents tests hors laboratoire sont actuellement mis sur le marché et en cours de démocratisation (6): Test Rapide d'Orientation Diagnostic (TROD) et les autotests de dépistage de l'infection par le VIH (ADVIH).

b. *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*

Épidémiologie

Chlamydia trachomatis est la seconde IST la plus répandue en Europe après l'HPV. L'étude la plus probante en termes de mesure de la prévalence reste celle de Goulet *et co.* de 2010 (7). La prévalence chez les 18-29 ans était alors mesurée à 2.5% chez les hommes et 3.5% chez les femmes. Cette étude a été réalisée via un auto-prélèvement au domicile par les patients afin d'en améliorer l'acceptabilité.

A noter également une étude réalisée par le Centre National de Référence (CNR) en 2013 analysant la prévalence de *Chlamydia trachomatis* lors d'un dépistage systématique des femmes enceintes de moins de 25 ans consultant pour un suivi de grossesse ou une demande d'interruption volontaire de grossesse (8). La prévalence alors retrouvée était bien supérieure aux données précédentes, avec 13,8% des patients atteints (19/138) pour les suivis de grossesse et 14,7% (112/760) pour les demandes d'IVG.

La surveillance de l'incidence par le réseau Rénachla semble montrer une stabilité du nombre de nouvelles infections diagnostiquées sur la période 2013-2014 (8).

Il est cependant signalé une forte augmentation du nombre de Lymphogranulomatose Vénérienne (LGV), forme infectieuse liée aux souches L de *Chlamydia trachomatis* (8). L'épidémie n'atteint cependant que la population HSH. 79.5% des patients atteints de LGV étaient également diagnostiqués séropositifs au VIH et 30% étaient également infectés par la Syphilis.

Le nombre d'anorectites de souches non-L est également en augmentation sans qu'une incidence ne soit réellement mesurée. Il est important de noter que 69% des personnes atteintes en 2014 étaient asymptomatiques (8).

La gravité de l'infection à *C. trachomatis* chez la femme est liée au risque d'infection génitale haute : la salpingite et l'endométrite. Sur le court terme, le risque est l'abcès et la péritonite, tandis que sur le long terme le risque est principalement les douleurs pelviennes chroniques, les grossesses extra-utérines (GEU) et l'infertilité secondaire(5). L'incidence respective de ces complications est estimée à 4% des femmes infectées pour les douleurs pelviennes, 2% pour les GEU et 3% pour l'infertilité(7).

Concernant le gonocoque, son incidence réelle est difficile à évaluer. Ainsi, les meilleures données que nous possédons concernent les centres de dépistage et les études analysant *Chlamydia trachomatis* et gonocoque conjointement. Lors du dépistage systématique de ces deux germes chez des femmes enceintes de moins de 25 ans et ou en demande IVG (8), une incidence était retrouvée de 0% et 1,4% (11/760) pour *N. gonorrhoeae*. On dénombre 1886 diagnostics d'infection à gonocoque en 2015 (9).

On note une augmentation de l'incidence chez les HSH en 2014 (4). L'épidémie semble par contre se stabiliser dans la population hétérosexuelle selon les mêmes sources.

Méthode de dépistage

Le dépistage se fait par PCR (Polymerase Chain Reaction), couplant le plus souvent la recherche de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* (5). Cette technique se fait sur un prélèvement local chez le patient symptomatique (endocol, urètre). Chez le patient asymptomatique, il sera réalisé sur un premier jet d'urines chez l'homme et un prélèvement local (endocol, urètre en hétéro-prélèvement ou vaginal en auto-prélèvement) chez la femme(5).

Le CNR conseille actuellement un dépistage en trois points chez les HSH : oral, génital et anal (8).

On peut noter qu'un auto-prélèvement peut être réalisé chez la femme, ce test ayant une meilleure acceptabilité (10).

c. Infections à HPV (*Human Papilloma Virus*)

Épidémiologie

Infection sexuellement transmissible la plus fréquente dans la population générale, on considère que 50 à 75% de la population sexuellement active sera infecté à un moment dans sa vie (11,12). Il y aurait ainsi 25% de personnes ayant un portage chronique à l'âge de 25 ans. Ces chiffres datent de 1997 alors que l'incidence était en train d'augmenter dans les différents pays participant à la mesure. Cette dernière peut donc être actuellement sous-estimée.

L'évolution naturelle de l'infection va vers son élimination spontanée dans les 24 mois après l'infection dans la majorité des cas. Seul 10% des infections semblent persister sous forme latente (5).

La gravité de l'infection à HPV réside dans le risque d'évolution néoplasique de la muqueuse infectée. Ainsi, en 2015, l'incidence du cancer du col de l'utérus était estimé en France à 2 797 nouveaux cas, et 1 092 décès recensés(13). Le cancer de l'anus, survenant principalement chez les femmes et les HSH, et favorisé par l'immunodépression, à une incidence de 0,2 et 1,3 pour 100000 chez les hommes et entre 0,2 et 2,1 pour 100000 chez les femmes au niveau mondial(14).

Méthode de dépistage

En dehors des situations de diagnostic clinique sur observation de condylomes, l'infection chronique à HPV chez la femme est détectée par un frottis cervico-vaginal. L'analyse cytologie du frottis pourra ainsi révéler une lésion locale secondaire à un HPV oncogène. En cas de frottis anormal de signification indéterminée (ASC-US), une recherche d'HPV oncogène peut être demandée(15).

Des tests urinaires pourraient être amenés à se développer pour dépister une infection chronique à HPV (16) et ainsi limiter le risque oncogène. Ceux-ci ne sont cependant pas actuellement disponibles.

d. Virus de l'hépatite B (VHB) et virus de l'hépatite C (VHC)

Bien que n'étant pas à proprement parler une infection sexuellement transmissible, notre étude aborde également le dépistage du VHC. En effet, plusieurs facteurs de risque communs sont explorés dans notre grille de recueil. Nous présenterons donc ici succinctement quelques données épidémiologiques.

Epidémiologie

La prévalence en France de l'hépatite B chronique est estimée à 0.65% de la population de plus de 18 ans, soit 280 000 personnes infectées. Le nombre de décès annuel était estimé en 2001 à 1500 par an (17).

L'incidence en 2013, était estimée à 0.44 cas pour 100 000 habitants (18). On note une amélioration de celle-ci avec une incidence estimée en 2010 à 1.1 cas pour 100 000 habitants.

L'hépatite B aiguë atteint majoritairement des patients d'une classe d'âge intermédiaire, la médiane d'âge étant de 36 ans (17). En 2013, les nouveaux diagnostics concernent dans 69% des cas des hommes, ce qui confirme les données des années précédentes (18).

Concernant les diagnostics de 2013, seulement 37% n'ont pas d'expositions à risque retrouvées. Parmi ces dernières, la plus fréquente est l'exposition sexuelle (38,5% des nouveaux cas) suivie du voyage en zone d'endémie (21.5% des cas) (18)

L'hépatite B évolue dans 10% des cas vers une forme chronique, et dans 1% des cas vers une forme fulminante. L'infection chronique tient sa gravité du risque de cirrhose hépatique et d'adénocarcinome hépatique.

L'hépatite C a une prévalence en France, estimée à 0,84% de la population générale en 2004, soit 367 055 personnes infectées (19). Elle reste cependant trop peu dépistée avec une estimation de 74 000 personnes atteintes non diagnostiquée en 2014 (20).

Cause d'hépatites fulminantes et de cirrhoses hépatiques, la mortalité imputable au VHC était estimée en 2001, en France métropolitaine, à 3 618 décès (21).

Méthode de dépistage

Le diagnostic d'infection par le VHB se pose actuellement sur une prise de sang dosant conjointement : antigène HBs, anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc. Ceci permet ainsi de connaître simultanément le statut infectieux et immunitaire sur l'hépatite B (22).

Le VHC est dépisté à partir de prélèvement sanguin par recherche d'anticorps spécifiques (23).

e. La syphilis

Épidémiologie

Depuis 2009, le nombre de syphilis augmente régulièrement chez les hommes, qui constituent 95% des nouveaux diagnostics (9). Ceci se constate en Île-de-France mais également dans le reste de la métropole. Ainsi, 1710 cas ont été diagnostiqués en 2015 en France (9).

Les HSH représentent plus 80% des nouveaux diagnostics. On constate cependant une augmentation du nombre de cas également chez les hétérosexuels.

On note aussi un très fort taux de co-infections à VIH, ceci concernant près de 25% des patients diagnostiqués pour la syphilis. Dans la majorité des cas, l'infection à VIH était connue au préalable (9).

Méthode de dépistage

Il est actuellement recommandé de réaliser dans un premier temps un test Tréponémique par ELISA sur prélèvement sanguin (24). En cas de positif, la réalisation d'un test non-tréponémique quantitatif est alors réalisé sur le même prélèvement par le laboratoire.

Vont également se développer, suite aux dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (24), les TROD pour la syphilis (25). En effet, comme pour le VIH, un grand nombre de tests rapides vont être mis sur le marché. La recherche concomitante de ces deux maladies par un TROD est par ailleurs également en train de se développer.

2. Recommandations nationales de dépistage

Les recommandations actuelles sur le dépistage des IST reposent sur le plan de lutte contre le VIH/SIDA et les IST de 2010-2014 (26), et sur la mise à jour des recommandations de dépistage concernant le VIH de 2017 (6).

Concernant les IST dans leur ensemble (26–28), il est recommandé un dépistage ciblé en fonction des facteurs de risque du patient. Ainsi, en se focalisant sur les conduites sexuelles à risque, sont décrits comme facteurs de risque le multi-partenariat (soit plus de un partenaire sexuel dans l'année), les HSH, les antécédents d'IST, mais aussi les personnes en situation de prostitution et leurs clients, les victimes de viol et en situation d'incarcération. La suspicion ou

le diagnostic d'une IST doit également faire réaliser un bilan complet à la recherche d'une co-infection.

En plus de ces facteurs de risque communs, chaque IST présente des situations de dépistage spécifiques. Font exception le gonocoque, encore actuellement insuffisamment étudié pour en déterminer des facteurs de risque propres (27) et la syphilis dont la transmission sexuelle limite les facteurs de risque à ceux sus-cités(5).

Ainsi, il est recommandé de dépister le VIH chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne, des départements français d'Amérique et des Caraïbes, aux personnes vivants avec un personne infectée par le VIH, et aux populations en situation de précarité. De même, les patients ayant un diagnostic de tuberculose doivent faire l'objet d'un test ainsi que les usagers de drogues intraveineuses (UDI).

Le VIH, de part sa gravité et son statut médiatique, fait l'objet de recommandations plus récentes (6)

Ainsi, concernant son dépistage orienté comme présenté précédemment, il est recommandé un renforcement du dépistage chez trois populations à risque :

- les HSH, avec un dépistage trimestriel,
- les patients originaires d'Afrique Subsaharienne et des Caraïbes avec un test annuel,
- les usagers de drogues intraveineuses avec un test annuel également.

La proposition d'un test au moins au fois dans la vie de chaque patient de 15 à 70 ans, initialement présentée dans le plan de lutte 2010-2014 (26), est également maintenue.

Une nouvelle recommandation de 2017 concerne un renforcement de la pression de dépistage spécifiquement dans les trois régions les plus touchées en France métropolitaine : l'Île-de-France, la région Provence Alpes Côte d'Azur et la région Rhône Alpes.

Au-delà de ce dépistage plus ciblé, il est également recommandé d'encourager les tests individuels, sous toutes les formes possibles : TROD, auto-test (ADVIH) et Elisa en laboratoire. Ce dépistage doit être accompagné d'une information et si possible d'un dépistage associé du VHB et du VHC selon les risques. Le dépistage communautaire est également encouragé.

Une autre évolution des recommandations de mars 2017 (6) concerne la définition de certains points d'appel de dépistage. Ainsi, la prescription d'une sérologie VIH doit être systématique en cas de diagnostic d'IST, de VHB, de VHC, mais également en cas de prescription de contraception ou d'IVG. De même, la grossesse et le projet de grossesse deviennent des situations devant être à l'origine d'un dépistage systématique.

Concernant l'infection à *C. trachomatis*, les recommandations nationales actuelles sont en faveur d'un dépistage par auto-prélèvement pour les femmes de 16 à 25 ans à chaque nouveau partenaire. Chez les hommes, il doit être proposé à chaque changement de partenaire entre 16 et 30 ans par PCR dans le premier jet des urines (5).

Les conséquences de l'infection chronique à HPV doit être recherchée tout les 3 ans chez les femmes de 25 ans à 65 ans par la réalisation d'un frottis cervico-vaginal après deux frottis normaux à un an d'intervalle.

Aucun dépistage systématique d' l'HPV n'est actuellement préconisé au niveau anal chez les HSH. Une consultation proctologique annuelle est par contre préconisée en cas d'infection par le VIH. La vaccination est par contre recommandée chez la femme de 11 à 14 ans, et en rattrapage jusqu'à 19 ans, chez l'HSH jusqu'à 26 ans, et chez la personne immunodéprimée (29).

L'infection à VHB possède de nombreux facteurs de risques propres à la transmission sanguine, materno-foetale et salivaire de cette infection.

Ainsi, il est recommandé de dépister les patients de plus de 16 ans nés, ayant résidé ou étant amenés à résider dans les zones de forte endémie du VHB (Afrique, Asie du Sud-Est, Inde...), l'entourage des personnes vivant avec le VHB ainsi que ses partenaires sexuels, les usagers de drogues intraveineuses ou intra-nasales et les adeptes du tatouage et du perçage. Sont également considérés comme à risque les personnes à risque de transfusions sanguines itératives, ayant séjourné dans un hôpital psychiatrique ou devant être traitées par anticorps monoclonaux.

Pour finir, les recommandations de dépistage du VHC datent de 2011(23). Au niveau du risque médical, doivent être dépistés les patients ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles ou de tissu avant 1992, les personnes hémodialysées, et ceux ayant eu des actes de soins invasifs avant 1997. A cette population cible vient s'ajouter les personnes originaires ou ayant eu des soins dans un pays à forte prévalence (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique et Amérique du Sud), les enfants nés de mère séropositive pour le VHC, les patients ayant une sérologie VIH positive, ayant eu des tatouages, piercings, de l'acupuncture sans matériel à usage unique, et les personnes ayant séjournées en milieu carcéral.

De façon indépendante de ces recommandations, le cadre légal définit une obligation de dépistage en cas de grossesse. Ainsi, le médecin doit proposer systématiquement une sérologie VIH lors de la première consultation prénatale, proposition qui doit être réitérée au 6ème mois de grossesse aux femmes négatives exposées à un risque viral ainsi qu'à tous les pères à l'examen du 4ème mois. De même, le dépistage de la syphilis et du VHB chez la femme enceinte à 24 semaines d'aménorrhée est une obligation légale à laquelle tout médecin suivant une grossesse est tenu.

3.Place du médecin généraliste dans le dépistage des IST

Le médecin généraliste est actuellement au centre du système de santé français. Premier contact médical et consulté au moins une fois par an chez les jeunes (30), son rôle de prévention est important dans le cadre des IST. Les recommandations sur le dépistage du VIH de 2017 (6) viennent ainsi souligner l'importance de proposer un dépistage dans toutes les occasions possibles en soins primaires. Sont ainsi énoncés comme exemples dans ces recommandations les consultations incluant la prescription de bilan biologique, mais également de contraception, ainsi que les situations de changement de vie affective.

Le rôle de prévention du généraliste, en dehors du dépistage, passe également par l'information sur les IST, la vaccination contre le VHB et l'HPV (31), ainsi que la réalisation de frottis cervico-vaginal.

Mais au delà du dépistage en situation asymptomatique, le généraliste est également le premier contact médical en cas de point d'appel pour une IST. Ainsi, pour prendre l'exemple de la syphilis, le diagnostic est posé dans 61% des cas sur un signe physique et seulement dans 21% des cas lors d'un dépistage proposé sur des facteurs de risque (9).

Plusieurs études relèvent cependant le manque de connaissances des médecins généralistes afin d'améliorer le dépistage. Ainsi, une étude de 2009 analysait les conduites de dépistage des médecins généralistes concernant le VHB et le VHC (32) et retrouvait une connaissance insuffisante des populations à risque.

L'amélioration et le renforcement du dépistage par les médecins généralistes est ainsi devenu un objectif important dans les programmes de santé publique. La formation délivrée durant le plan de lutte 2010-2014 (26) s'est cependant très fortement orientée vers l'usage des TROD et assez peu sur le dépistage général.

La formation des médecins généralistes est donc un enjeu de santé publique dans le domaine des IST.

Un modèle de formation est celui du programme 'Chlamydia Testing Training in Europe', dit CATTE (33,34). Cette intervention, qui réunit quatre pays européens, a pour but la formation du personnel médical au dépistage. Ceci est permis par l'adaptation au contexte médical local de la formation délivrée, afin d'augmenter le dépistage du *Chlamydia* chez les 18-24 ans. Son objectif est de modifier le comportement de dépistage des médecins généralistes en leur faisant prendre conscience de l'importance de cette infection, en renforçant la pression sur le dépistage en renforçant la communication sur la thématique. Faciliter l'approche de la sexualité et de cette maladie par le médecin est également un élément clef. L'association de ces différents éléments pourrait faire doubler le taux de dépistage (33).

De telles démarches de formation peuvent être développées sur l'ensemble des IST afin de renforcer les connaissances des médecins de soins primaires sur ces maladies, et de renforcer leur investissement dans le dépistage en leur faisant prendre conscience de leur rôle.

Cela nécessite cependant au préalable des études afin de déterminer l'état actuel des connaissances de ces médecins, des situations faisant déjà l'objet de dépistage. Ceci afin de pouvoir mieux cibler par la suite la formation continue sur des sujets cohérents avec la médecine générale, sans nécessairement reprendre des acquis déjà mis en application.

Cette étude a donc pour objectif de commencer à définir ces situations au niveau de la région Pays de la Loire.

II/ Matériel et méthode

1. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de déterminer les points d'appel cliniques d'IST rencontrés en soins primaires, et identifiés comme tel ou non par les médecins généralistes.

L'objectif secondaire est l'analyse des situations propices à un dépistage, que nous appellerons « opportunités de dépistage », afin de déterminer lesquelles sont utilisées comme tel par les médecins généralistes.

2. Description de l'étude

Cette étude repose sur l'observation des prises en charge des maîtres de stage universitaires (MSU) par les internes en stage praticien de niveau 1. Cette méthode repose sur le protocole utilisé dans l'étude nationale de grande ampleur ECOGEN (35). Cette méthode a également été utilisée dans une étude sur l'automédication par le Dr Laurent Brutus, à l'occasion de laquelle il a pu être montré de variabilité entre les internes observateurs, et entre les MSU, négligeable.

Réalisée sur les départements de la région Pays de la Loire, dépendants des DMG de Nantes et d'Angers, l'étude repose sur le relevé d'informations par les internes placés en observation. Les différents items abordés dans la grille devaient systématiquement être remplis par l'étudiant. Le MSU était au préalable informé de la participation de l'interne à une étude, sans connaître la thématique de celle-ci.

En cas de donnée manquante lors de la consultation, l'interne devait chercher celle-ci dans le dossier médical ou auprès du médecin. La source d'information devait être systématiquement signalée par un code préalablement défini : O pour une donnée observée, M lorsqu'elle était recueillie auprès du médecin, et D pour une donnée du dossier.

Afin de former les internes au remplissage des grilles de recueil, une demi-journée de formation a été organisée par le Département de Médecine Générale (DMG) de Nantes en début de semestre. Ont alors été expliqués les objectifs de l'étude et la méthodologie choisie. La grille de recueil était alors présentée dans le détail. Deux exercices pratiques de consultation, sur support vidéo, étaient ensuite réalisés afin que les étudiants s'entraînent à remplir la grille en situation d'observateur.

Parmi les 63 internes attendus, 58 étaient présents à cette présentation. Les 5 absents se sont vu remettre les informations par e-mail.

D'un point de vu légal, les patients étaient informés de l'étude par une fiche d'information disposée dans la salle d'attente. La non-opposition faisait alors office de consentement.

Par ailleurs, l'anonymat du patient était clairement notifié sur cette même fiche informative.

3. Critères d'inclusion

La période de recueil s'est étendue de mai à juillet 2016 pour les départements de Loire-Atlantique et de Vendée, dépendants du DMG de Nantes. Celle-ci a eu lieu en novembre 2016 pour les départements de Mayenne, des Deux-Sèvres, du Maine-et-Loire et de Sarthe, dépendants du DMG d'Angers.

Les internes en stage praticien de niveau 1 devaient inclure les trois premiers patients âgés de 16 à 60 ans, consultant chez leur MSU, et ce pendant trois demi-journées. Il était ainsi attendu 9 grilles par interne, soit 3 par MSU.

4. Grille de recueil

La grille de recueil (annexe 1) a été élaborée en collaboration avec le DMG et le service d'infectiologie du CHU de Nantes.

Celle-ci est subdivisée en quatre parties qui abordent un axe de la prise en charge différent. La première concerne les données démographiques, ainsi que l'abus de substance. La seconde aborde les conduites à risques sexuelles du patient, tandis que la troisième regroupe les motifs de consultations du patient et les résultats de la consultation. La quatrième partie a pour objet la prévention et le dépistage, notamment des IST, et le détail du bilan en cas de prescription de celui-ci lors de la consultation. Enfin, un dernier cadre permettait à l'interne de laisser des commentaires libres.

5. Analyse régionale

En partenariat avec le COREVIH Pays de la Loire, l'étude a été étendue aux départements Maine-et-Loire, Sarthe, et Mayenne dépendants du DMG d'Angers après une première phase sur les départements de Loire-Atlantique (44) et de Vendée (85). Ceci permet ainsi une plus grande puissance dans l'analyse des données.

Nous présenterons dans la présente thèse les données démographiques des consultations sur le secteur dépendant du DMG de Nantes, ainsi que sur un plan régional. Nous analyserons ensuite uniquement les données de Loire-Atlantique et de Vendée sur le plan des conduites à risques sexuelles, des motifs de consultation, de la prévention et des opportunités de dépistage. Enfin, nous développerons les points d'appel d'IST rencontrés au niveau régional.

Une thèse, rattachée au DMG d'Angers, aura pour sujet la démographie locale et régionale de l'étude. Seront développés par la suite la prévention, les motifs de consultation et conduites à risque dans les départements dépendants du DMG d'Angers. Enfin, elle développera les opportunités de dépistage au niveau régional.

6. Analyses statistiques

Afin de permettre leur analyse, les données de consultations subjectives, à savoir les motifs et résultats de consultations, ont été standardisés en utilisant la classification ICPC-2 French (36).

Une liste de points d'appel d'IST (annexe 3) a été définie sur la base des recommandations nationales (5), complétées et validées par un groupe organisé en ronde Delphi réunissant les infectiologues, médecins généralistes et internes participants à l'étude.

Dans le but de confirmer la pertinence d'un dépistage en fonction de la situation clinique, les questionnaires relevant de cette liste étaient extraits secondairement et discutés en ronde Delphi afin de confirmer leur pertinence. En cas de désaccord, l'avis d'un second groupe était demandé sur le dossier.

Le même processus a été réalisé pour les situations que nous qualifierons 'd'opportunités de dépistage' (annexe 4), à savoir les situations de soins primaires que nous avons jugés propices à la proposition d'un dépistage de façon opportuniste, en dehors de tout point d'appel ou facteur de risque.

Afin de les analyser, les données des grilles de recueil ont initialement été intégrées dans un tableur sous format Excel, commun aux facultés de Nantes et d'Angers.

Les variables ont ensuite été décrites en utilisant le nombre mesuré et sa proportion en pourcentage relatif à la population de l'étude. Les variables continues ont été décrites par leur médiane et leurs bornes inférieures et supérieures.

Les données ont été analysées à l'aide d'un logiciel informatique SAS (Statistical Analysis System) 9.4.

Dans la présentation de nos résultats, ceux-ci seront présentés en terme de proportion par rapport au nombre de grilles répondues pour la question. Le nombre de grilles non renseignées pour la question sera également systématiquement présenté.

III/ Résultats

Nous allons dans un premier temps présenter les données démographiques régionales ainsi que des deux universités indépendamment. Ne seront ensuite présentées que les données tirées des départements de Loire-Atlantique (44) et de Vendée (85), dépendants du DMG de Nantes. Enfin, nous présenterons les données régionales concernant les points d'appels d'IST rencontrés.

Sur la région Pays de la Loire, 462 consultations ont été recueillies par les 52 internes nantais ayant participé à l'étude, et 536 l'ont été par les 32 internes angevins. Sur ce total, 19 ont dû être exclues du fait de patient en dehors des critères d'inclusion (Figure 1). Nous avons ainsi pu analyser 443 consultations avec les MSU du DMG de Nantes, et 536 sur avec les MSU du DMG d'Angers, soit 979 consultations.

Des données ont ainsi pu être recueillies sur les consultations de 195 MSU, dont 136 pratiquants en Loire-Atlantique et Vendée, et 57 en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe.

Ceci représente, pour les données recueillies sur le secteur dépendant du DMG de Nantes, une participation de 82,5% des étudiants à qui l'étude était proposée, pour une analyse de 72% (136 sur 189) des MSU de Loire-Atlantique et de Vendée.

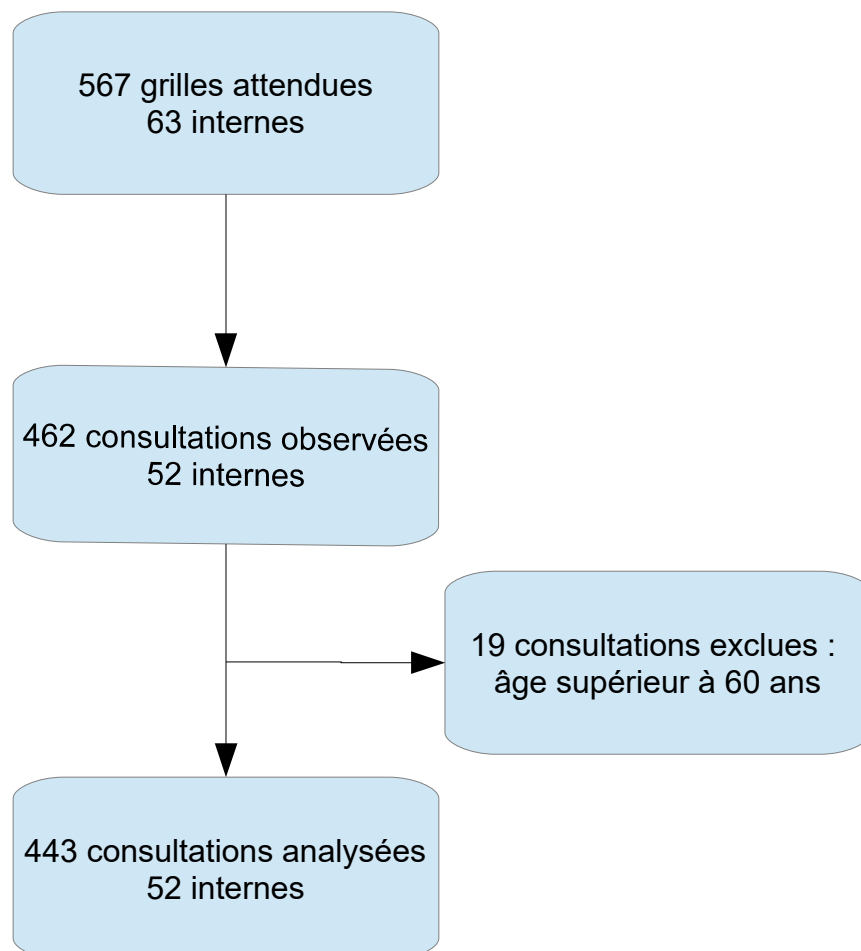


Figure 1 : Flowchart des données des MSU du DMG de Nantes

1. Caractéristiques de la population sur le secteur du DMG de Nantes et au niveau régional

Au niveau régional, les consultations de 577 femmes et de 395 hommes ont été analysées, représentant ainsi respectivement 59,4% (577/972) et 40,6% (395/972) dossiers renseignés. Il y avait 7 questionnaires non renseignés.

Sur le secteur du DMG de Nantes, les proportions étaient sensiblement superposables avec 57,8% (254/439) de femmes et 42,1% d'hommes (185/439). 4 grilles n'étaient pas renseignées.

L'âge médian est de 42 ans, avec un âge minimum de 16 ans et un âge maximum de 60 ans, correspondant aux critères d'inclusion d'âge définie pour l'étude. 18 données manquantes.

		DMG de Nantes	DMG d'Angers	Région
Sexe	Homme	185 (42,1%)	210 (39,4%)	395 (40,6%)
	Femme	254 (57,8%)	323 (60,6%)	577 (59,4%)
Grossesse en cours		19 (5%)	24 (5%)	43 (5%)
Ethnie	Caucase	416 (95%)	509 (97%)	925 (96%)
	Afrique Subsaharienne	13 (3%)	12 (2,3%)	25 (2,6%)
	Asie	4 (0,9%)	1 (0,2%)	5 (0,5%)
	Amérique du Sud	2 (0,4%)	1 (0,2%)	3 (0,3%)
	Autre	3 (0,7%)	2 (0,3%)	5 (0,5%)
Addiction	Globale	112 (40,9%)	95 (40,6%)	207 (40,7%)
	Tabac	97 (35,4%)	83 (35,5%)	180 (35,4%)
	Alcool	26 (9,5)	9 (3,8%)	35 (6,9%)
	Drogue	10 (3,6%)	9 (3,8%)	19 (3,7%)

Tableau 1 : Données démographiques

Une grossesse était rencontrée dans 43 consultations au niveau régional, soit 5% (43/860) des consultations. Dans les départements de Vendée et Loire-Atlantique, la proportion est superposable, avec 19 grossesses soit 5% (19/375) de femmes enceintes lors des consultations analysées. La donnée n'était pas renseignée dans 119 dossiers au niveau régional, dont 68 sur le secteur du DMG de Nantes.

Quant à l'origine ethnique, 96% (925/963) des patients sont d'origine caucasienne, 2,6% (25/963) d'Afrique subsaharienne, 0,5% (5/963) d'Asie et 0,3% (3/963) d'Amérique du Sud. Elle n'était pas définie dans 16 des grilles au niveau régional.

Sur les données de la faculté de Nantes, une proportion plus importante de patients d'origine étrangère est constatée, avec un rapport de 95% (416/438) de caucasiens pour 5% de patients originaires d'un autre continent (tableau 1). L'information était absente dans 5 dossiers. Le pays de naissance n'est que rarement connu, ne permettant pas une analyse précise de ces données.

La recherche d'addiction chez le patient était abordée dans la grille de recueil. Au niveau régional, 471 grilles n'étaient pas renseignées sur les 979 (soit 48% de données manquantes). Sur les grilles recueillies avec les MSU du DMG de Nantes, 169 ne possédaient pas cette information (soit 38% des grilles).

D'un point de vue globale, 40,9% (112/274) des patients étaient considérés comme ayant une addiction dans les départements de Loire-Atlantique et de la Vendée, pour 40,7% (207/508) au niveau régional.

Dans le détail, les données de la faculté de Nantes retrouvent une proportion de fumeurs de tabac calculée à 35,4% (97/274). Celle de consommateurs d'alcool à 9,5% (26/274) et les usagers de drogues à 3,6% (10/274).

Sur le plan régional, les patients tabagiques sont 35,4% (180/508), l'addiction à l'alcool est retrouvée dans 6,9% (35/508) des grilles et l'abus de drogues dans 3,7% (19/508) des cas.

Il est décrit 3 cas d'usage de cannabis, 2 abus de médicaments, 2 usagers de Subutex et 2 de Méthadone, et 1 UDI (héroïne) sur les départements de Loire-Atlantique et de Vendée.

Sur le plan régional, il est décrit 9 consommateurs de cannabis, 2 abus de médicaments, 3 usagers de Subutex et 2 de Méthadone, et 2 UDI (héroïne).

2. Motifs de consultation (secteur du DMG de Nantes)

Au cours de la consultation, l'interne devait noter le ou les motifs de consultation, ainsi que le ou les résultats de consultation (annexe 3). Ceux-ci étaient ensuite codés selon la classification ICPC-2 (36) dont les codes sont retranscrits dans le tableau ci-dessous.

	MSU de Nantes
Général et non spécifié (A)	143 (20,3%)
Ostéo-articulaire (L)	132 (18,8%)
Système digestif (D)	70 (10%)
Psychologique (P)	63 (9%)
Respiratoire (R)	49 (7%)
Grossesse, accouchement (W)	48 (6,8%)
Système génital féminin et seins (X)	41 (5,8%)
Cardio-vasculaire (K)	36 (5,2%)
Peau (S)	36 (5,1%)
Neurologique (N)	23 (3,3%)
Métabolisme, nutrition, endocrinien (T)	15 (2,1%)
Social (Z)	13 (1,8%)
Oreille (H)	11 (1,6%)
Système urinaire (U)	11 (1,6%)
Sang, hémato, immuno (B)	7 (1%)
Œil (F)	4 (0,7%)
Système génital masculin et seins (Y)	1 (0,1%)

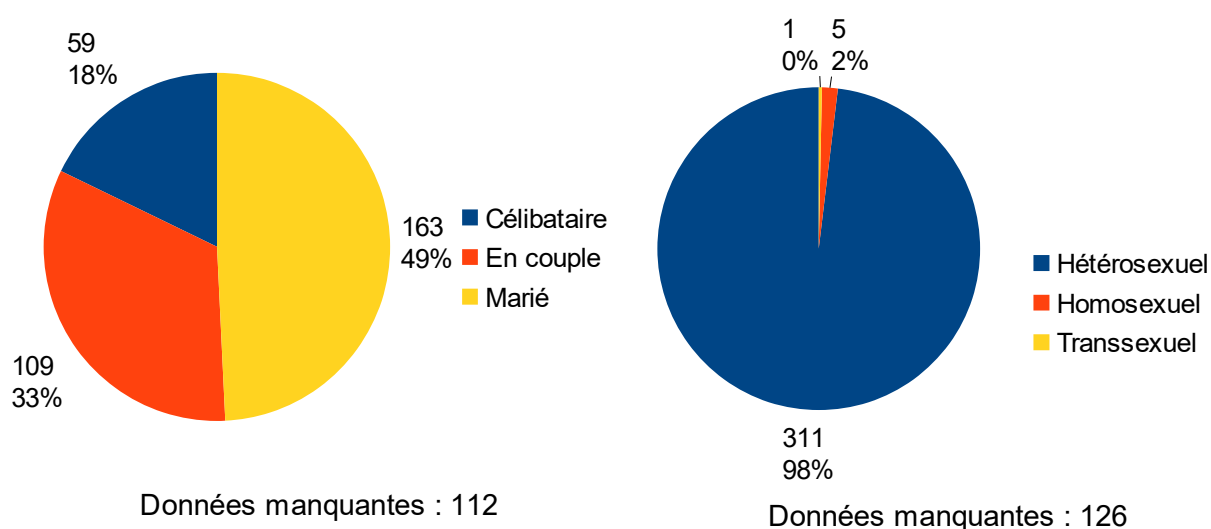
Tableau 2 : Répartition des motifs de consultation par organe

Nous avons ainsi pu définir le nombre de motifs de consultation rencontrés par organe, ainsi que la proportion relative de chacun vis-à-vis des autres. Chaque consultation ayant potentiellement plusieurs motifs, 703 ont été recensés en Loire-Atlantique et Vendée. Nous obtenons ainsi une moyenne de 1,6 motifs par consultation.

Réunis par organes, nous obtenons les données du tableau 2 qui nous permettent de calculer la proportion relative de chaque organe dans les motifs de consultation.

3. Données de santé sexuelle et facteurs de risque d'IST (secteur du DMG de Nantes)

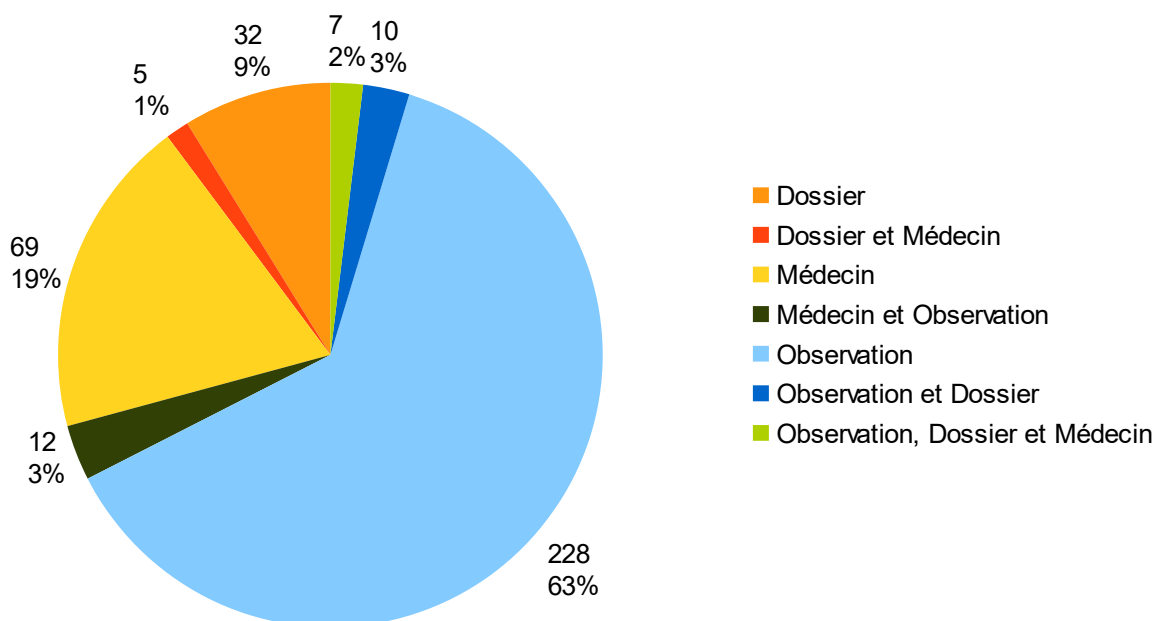
La situation conjugale était renseignée dans 74,7% des cas, soit 331/443. Les célibataires constituent une proportion de 17,8% (59/331) des dossiers renseignés. Le nombre de couples non mariés est de 109/331, soit 33% des consultations. Le nombre de patients mariés est quant à lui de 49,2% (163/331).



Graphiques 1 et 2 : Situation conjugale et orientation sexuelle

L'orientation sexuelle était absente dans 126 dossiers de l'université de Nantes. Sur les dossiers renseignés, 98,1% (311/317) étaient décrits comme hétérosexuels, 1,5% (5/317) comme homosexuels et 0,3% (1/317) comme transsexuels.

Ces données sont à mettre en relief avec la source d'information d'origine. Ainsi, sur le secteur dépendant du DMG de Nantes, 80/443 (18%) des dossiers n'ont pas été renseignés sur cette question. Sur les 363 dossiers renseignés, 228 (63%) le sont sur l'observation seule de l'interne. 37% des grilles (135/363) ont été remplies sur des données issues à des degrés variables du médecin et du dossier médical (graphique 3).



Graphique 3 : répartition des modalités de recueil de l'orientation sexuelle

Si nous analysons l'orientation sexuelle en fonction du mode de recueil (tableau 8), nous pouvons constater que l'orientation sexuelle est rarement notée dans le dossier. Ainsi, aucun patient homosexuel n'a son orientation clairement identifiée. La majorité du temps l'orientation est identifiée par des critères d'observation, que ce soit dans les propos tenus ou le comportement.

	D	D+M	D+O	M	Non renseigné	O	O+M	O+M+D	Total
Hétérosexuel	17	3	7	58	18	194	9	5	311
Homosexuel	0	0	0	2	1	2	0	0	5
Transsexuel	0	0	0	0	0	1	0	0	1

Tableau 3 : Orientation sexuelle selon la source d'information au niveau régional

Concernant les données de sexualité des patients, un très grand nombre de données sont manquantes. Ainsi, l'analyse de chaque critère individuellement devient peu représentative d'un point de vue statistique. Toutefois l'intérêt peut résider dans le grand nombre de données manquantes.

Nous pouvons également analyser ces données en ne regardant que les consultations chez des patients non connus (considérés comme un premier contact avec le médecin dans le questionnaire). Sur les consultations de Loire-Atlantique et de Vendée, 42 consultations rentraient dans ce cadre. Parmi elles, 19 avaient une situation conjugale définie, dont 9 mariés, 9 en couple et un célibataire.

De même, concernant l'orientation sexuelle, 20 des 42 consultants avaient une orientation sexuelle définie, et tous étaient exclusivement hétérosexuels.

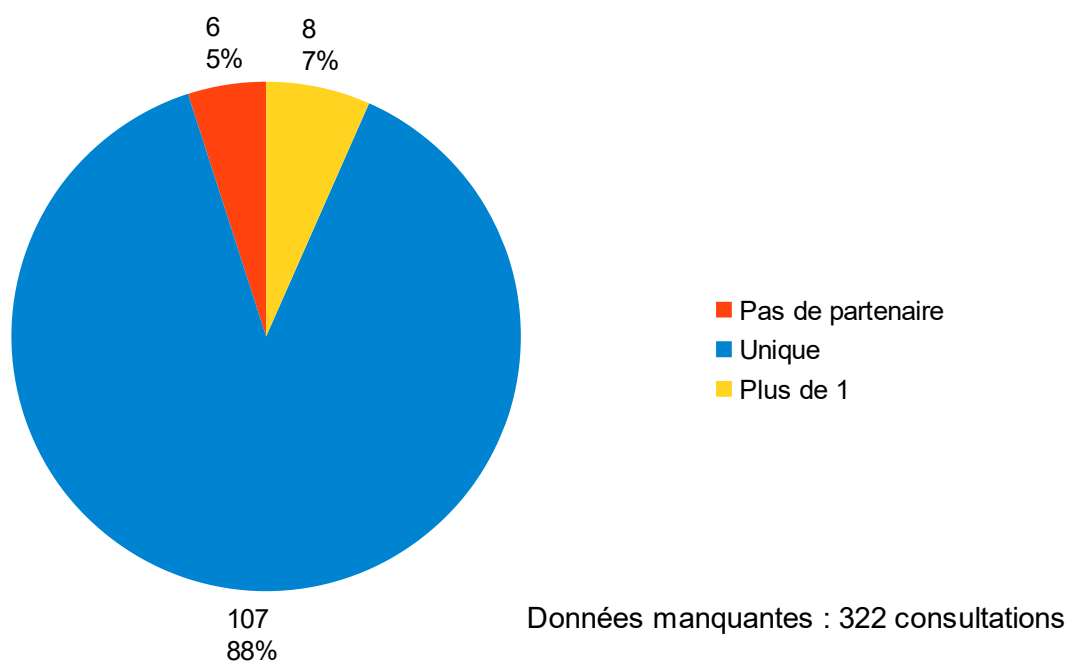
	Oui	Non
Changement de partenaire	9 (5,8%)	146 (94,2%)
Usage du préservatif	14 (19,4%)	58 (80,6%)
Arrêt préservatif après test	3 (10%)	27 (90%)

Tableau 4 : Habitudes sexuelles

A propos du changement de partenaire, 288 grilles n'étaient pas renseignées. Parmi les données connues, 5,8% (9/155) des patients avaient un nouveau partenaire, et 94,2% (146/155) étaient en couple stables.

Dans 83,7% (371/443) des consultations, l'usage du préservatif n'était pas connu du médecin. Lors des consultations ayant l'information renseignée, 19,4% (14/72) des patients ont informé leur soignant de son emploi, et 80,6% (58/72) ont déclaré ne plus en utiliser.

L'arrêt de tout moyen de prévention après une sérologie négative est peu connue puisque 413 grilles ne sont pas renseignées. Ainsi, 10% (3/30) des patients se sont vu proposer un dépistage des IST avant de stopper l'usage du préservatif. On retrouve 90% (27/30) de patients ayant stoppé son usage sans bilan préalable, ceci à la connaissance de l'interne observateur.



Graphique 4 : Nombre de partenaires dans l'année

Le nombre de partenaires n'est pas renseigné dans 322 dossiers, soit 72,7% des consultations de MSU dépendants de Nantes. Sur les données connues, 88% (107/121) des patients sont considérés comme ayant un partenaire unique, 5% (6/121) ne pas avoir de partenaire et 7% (8/121) avoir plus d'un partenaire dans l'année.

4. Prévention générale (secteur du DMG de Nantes)

Un des items de la grille de recueil concernait l'abord de la prévention, tout domaine confondu, lors de la consultation. Cette donnée, renseignée dans 98,4% (436/443) des cas, montre une forte activité des médecins généralistes dans ce domaine. Ainsi, 54,4% (237/436) des consultations ayant l'information complétée incluaient un acte de prévention selon l'interne, contre 45,6% (199/436) qui ne l'abordaient pas.

La prévention a-t-elle été abordée lors de la consultation ?

non

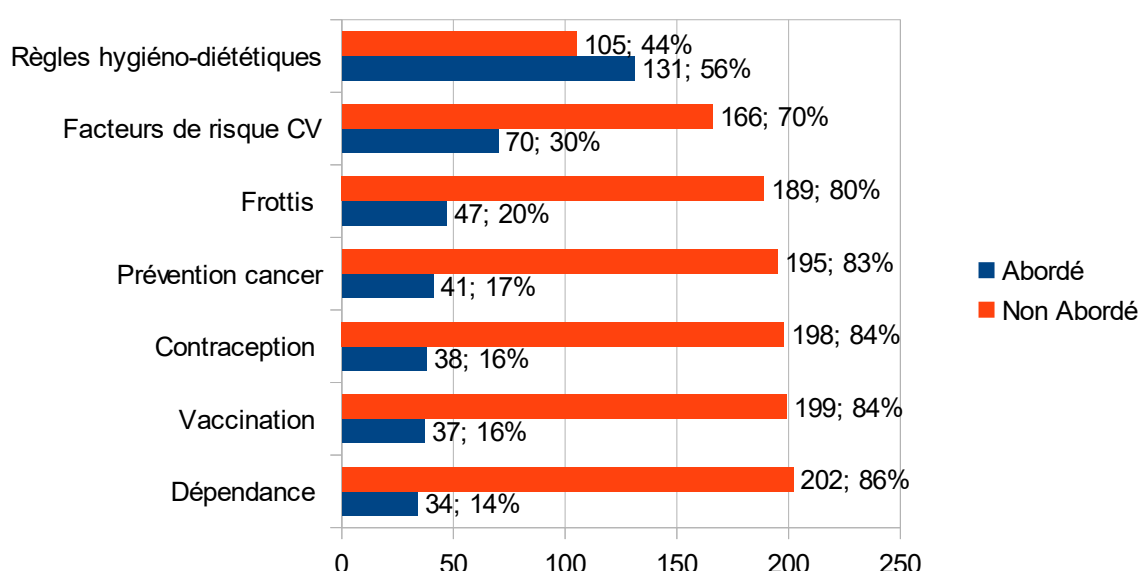
199 (45,60%)

oui

237 (54,6%)

Tableau 5 : Abord de la prévention en consultation

Il était secondairement demandé de détailler selon des catégories pré-définies les domaines de prévention abordés. Une consultation pouvait réunir plusieurs sujets (graphique 5).



Graphique 5 : Répartition de la prévention

*CV = cardio-vasculaire

Il est ainsi constaté que les règles hygiéno-diététiques et la prévention des risques cardio-vasculaires sont les sujets les plus abordés en prévention. La contraception et le frottis cervico-vaginal, apparentés à une sphère de l'intime, sont cependant également discutés dans des proportions notables, atteignant respectivement 16% (38/237) et 20% (47/237) des consultations.

Les internes avaient également la possibilité de signaler par la suite l'abord d'une prévention ne rentrant pas dans les précédentes catégories. Il semble important de signaler que 5 dossiers abordaient ainsi explicitement la santé sexuelle selon les observateurs.

5. Antécédent de dépistage (secteur du DMG de Nantes)

La dernière partie de la grille de recueil aborde les antécédents de dépistage d'IST, d'infection sexuelle et le détail de la prescription de bilan (s'il en était prescrit un). Ces données étant parfois difficiles à recueillir, il est à noter un important taux de données manquantes.

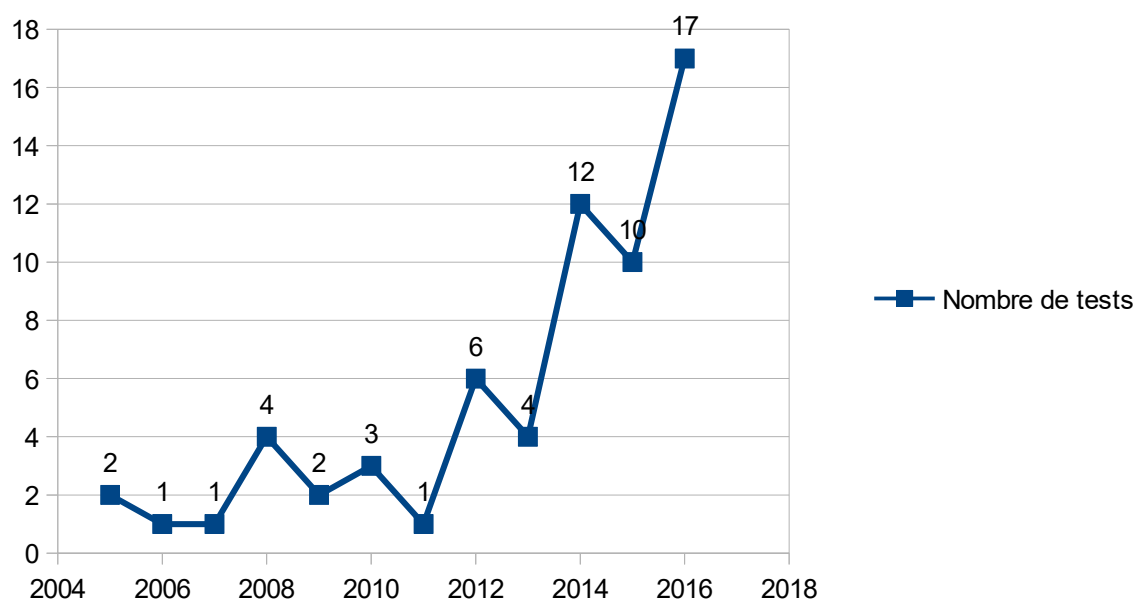
	Oui	Non
Antécédent d'HPV	9 (4,9%)	176 (95,1%)
Antécédent de test	73 (44%)	93 (66%)
Antécédent personnel d'IST	10 (7%)	133 (93%)

Tableau 6 : Antécédents de dépistage et d'IST

La première question recherchait les antécédents de frottis cervico-vaginal pathologique ou de condylome, donc d'infection à HPV. Au niveau des MSU du DMG de Nantes, 41,7% (185/443) des grilles répondaient à la question. Parmi celles-ci, 4,9% (9/185) retrouvaient un antécédent de test positif ou de condylome, et 95,1% (176/185) retrouvaient des résultats négatifs ou ne retrouvaient pas de résultat.

Concernant les antécédents de dépistage d'IST, 166 grilles (37,5%) étaient renseignées dont 44% (73/166) retrouvaient un test. Les 93 restantes attestaient l'absence de test retrouvé par l'interne observateur (soit 66%).

En cas de test retrouvé dans le dossier médical, il était demandé de dater celui-ci (graphique 6). Il est ainsi constaté que le nombre de tests est d'autant plus important que ceux-ci sont récents. On notera un test daté de plus de 20 ans, et 9 tests non datés n'apparaissant pas dans le graphique.



Graphique 6 : Année des tests d'IST

Une dernière question abordait l'antécédent personnel d'IST (cf. tableau 6). Cette question était renseignée dans 32,3% (143/443) des grilles. Parmi ceux-ci, 93% (133/143) ne retrouvaient pas d'IST ancienne et 7% (10/143) en retrouvaient une.

Un détail des IST relevées était ensuite demandé, correspondant au tableau 7:

VHB	4
VIH	3
VHC	2
Salpingite	1
Gonocoque	1
HPV	0
<i>Chlamydia trachomatis</i>	0
Non renseignée	1

Tableau 7: Détail des IST anciennes

Le cumul des colonnes est supérieur au nombre décrit de patients ayant des antécédents d'IST du fait de situations de co-infections. Il a ainsi été observé un patient co-infecté VIH-VHB, ainsi qu'un patient vivant avec le VIH et présentant avec un antécédent de gonococcie.

Deux patients ont un antécédent d'infection à VHC connu.

6. Dépistages prescrits au cours de l'étude (secteur du DMG de Nantes)

Au décours de l'étude, 20 bilans d'IST ont été prescrits, soit 4,5% des consultations analysées.

Chez ces 8 hommes et 12 femmes dépistés, l'âge allait de 19 à 58 ans, avec une médiane de 27 ans. Les patients étaient pour majorité considérés comme hétérosexuels (12/20), et 8 n'avaient pas d'orientation sexuelle définie.

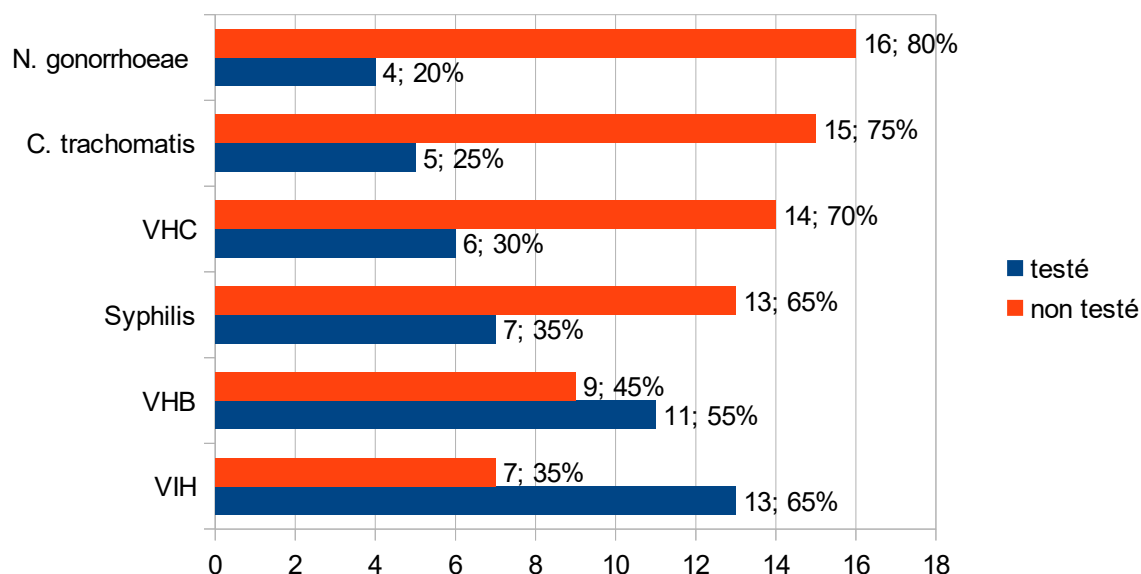
Concernant le contexte du dépistage, 3 ont eu lieu lors d'une grossesse. Nous retrouvons un point d'appel clinique dans 7 dossiers, et 13 ont été réalisés en situation de dépistage opportuniste (incluant les 3 en cours de grossesse). Deux patients ayant des points d'appel ont été à l'origine de la demande de bilan.

Sur le plan des facteurs de risque, 3 patients ont un contexte de changement de partenaire récent, dont 2 avec un multi-partenariat clairement défini. Deux ont des antécédents personnels d'IST.

Parmi les 20 patients dépistés, 4 utilisent le préservatif, 6 n'en utilisent pas et 10 n'ont pas leur usage connu du médecin.

Il est à noter la présence d'un précédent test chez 14 des 20 patients testés durant l'étude.

Nous avons détaillé le contenu des bilans dans le graphique 6 en indiquant le pourcentage relatif de chaque sérologie en fonction du total de test.



Graphique 7 : Détail des sérologies demandées par les MSU du DMG de Nantes

Les recherches de *C. trachomatis* se sont réparties en 2 auto-prélèvements et un premier jet des urines. Deux n'avaient pas leur modalité précisée.

Pour ce qui concerne le dépistage ciblé à partir de facteurs de risque d'IST, nous obtenons les données du tableau 8, si nous considérons comme dépistés les patients ayant un antécédent de test connu ou un bilan prescrit durant l'étude :

Facteur de risque	Rencontrés	Dépistés
Origine Afrique subsaharienne	13	2
Antécédent d'IST	10	2
Multi-partenariat	8	5
HSH	3	0
Drogues IV	1	1

Tableau 8 : Dépistage des patients avec facteur de risque

Concernant l'origine ethnique, 13 patients originaires d'Afrique subsaharienne ont consulté au cours de l'étude. Parmi ceux-ci, 2 ont eu un test prescrit, et 2 avaient un ancien test connu (dont un qui a fait l'objet d'un nouveau test).

Sur les 8 patients ayant déclarés plus d'un partenaire dans l'année, 2 se sont vus proposer un bilan. On remarque toutefois que 5 d'entre eux avaient un antécédent de test retrouvé.

Sur les trois patients HSH rencontrés, aucun n'a fait l'objet d'un dépistage au cours de l'étude. Aucune sérologie ancienne n'était retrouvée par ailleurs.

Le patient usagé de drogue intraveineuse (héroïne) a déjà fait l'objet d'un test par le passé.

Les 10 patients ayant déjà eu une IST ont déjà eu un test par le passé. Nous ne pouvons que constater la réalisation d'un nouveau test chez deux d'entre eux.

7. Opportunités de dépistage (secteur du DMG de Nantes)

101 des 443 dossiers (22,8%) ont été retenus comme présentant une situation opportuniste pour un dépistage des IST, selon les critères définis au préalable et après réévaluation en ronde Delphi (annexe 4). Certains dossiers associant plusieurs critères, nous avons ainsi dénombré 127 opportunités selon la répartition donnée dans le tableau 9.

Opportunités	Rencontrées	Dépistées
Bilan de santé détaillé (A30)	23	1
Contraception orale (W11)	19	1
Bilan sanguin (A34)	17	1
Grossesse (W78)	14	3
Examen gynécologique (X31)	11	0
Vaccination, médication préventive (A44)	10	0
Frottis cervico-vaginal (X37)	10	0
Contraception intra-utérine (W12)	9	1
Bilan sanguin à orientation génitale de la femme (X34)	6	5
Éducation, recommandations (X44)	2	0
Stérilité/hypofertilité de la femme (W15)	2	0
Problèmes de relation entre partenaires (Z12)	2	0
Peur d'être enceinte (W2)	1	0
Grossesse non désirée (W79)	1	0
Bilan sanguin à orientation génitale de l'homme (Y34)	1	1

Tableau 9 : Opportunités de dépistage dans le 44 et le 85

Parmi les 101 dossiers ayant une ou plusieurs opportunités, 9 ont amené à un dépistage (soit 9%). Trois d'entre eux associaient plusieurs opportunités : contraception et bilan sanguin génital dans deux cas, et bilan de santé détaillé avec un bilan sanguin général et génital masculin dans le troisième cas.

Les résultats régionaux des opportunités seront présenté dans la thèse angevine.

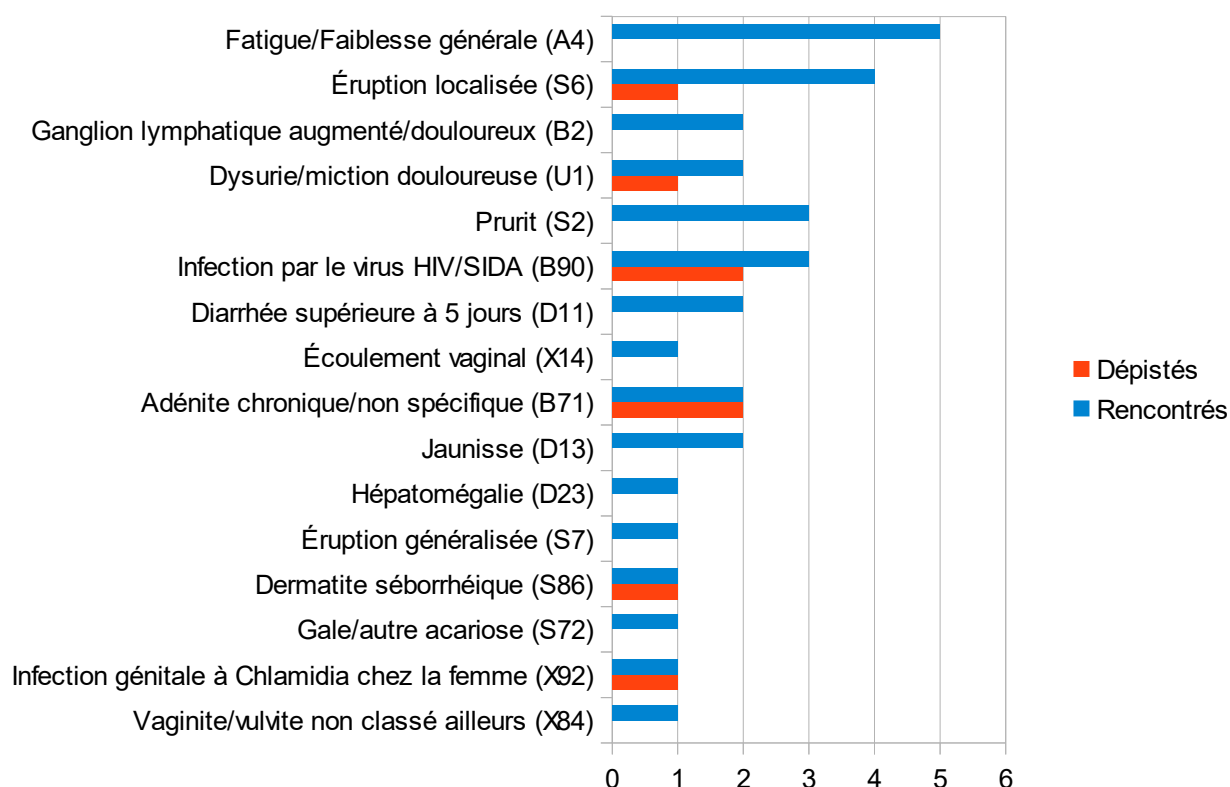
8. Points d'appels d'IST rencontrés et dépistage des IST (secteur du DMG de Nantes et région Pays de la Loire)

Au niveau régional, 44 grilles de recueil sur 973, soit 4,5% des consultations, rapportaient au moins un point d'appel clinique d'IST. Parmi elles, 26 relevaient du DMG de Nantes et 18 du DMG d'Angers.

	Rencontré			Dépisté		
	Nantes	Angers	Région	Nantes	Angers	Région
Fatigue/Faiblesse générale (A4)	5	1	6	0	0	0
Éruption localisée (S6)	4	2	6	1	0	1
Ganglion lymphatique augmenté/douloureux (B2)	2	2	4	0	0	0
Dysurie/miction douloureuse (U1)	2	2	4	1	1	2
Infection par le virus HIV/SIDA (B90)	3	0	3	2	0	2
Diarrhée supérieure à 5 jours (D11)	2	1	3	0	0	0
Prurit (S2)	3	0	3	0	0	0
Écoulement vaginal (X14)	1	2	3	0	0	0
Peur d'une MST chez la femme (X23)	0	3	3	0	2	2
Peur d'une MST chez l'homme (Y25)	0	2	2	0	2	2
Zona (S70)	0	2	2	0	0	0
Adénite chronique/non spécifique (B71)	2	0	2	2	0	2
Ictère (D13)	2	0	2	0	0	0
Hépatomégalie (D23)	1	0	1	0	0	0
Éruption généralisée (S7)	1	0	1	0	0	0
Angine aiguë sup. à 5 jours (R76)	0	1	1	0	0	0
Gale/autre acariose (S72)	1	0	1	0	0	0
Dermatite séborrhéique (S86)	1	0	1	1	0	1
Douleur rectale, anale (D4)	0	1	1	0	0	0
Névrite/neuropathie périphérique (N94)	0	1	1	0	0	0
Vaginite/vulvite non classé ailleurs (X84)	1	0	1	0	0	0
Infection génitale à <i>Chlamydia</i> chez la femme (X92)	1	0	1	1	0	1
Usage abusif de drogue (P19)	0	1	1	0	0	0
Écoulement urétral chez l'homme (Y3)	0	0	1	0	1	1

Tableau 10 : Points d'appel rencontrés lors des consultations selon classification ICPC-2 et dépistage d'IST réalisé en fonction des points d'appel

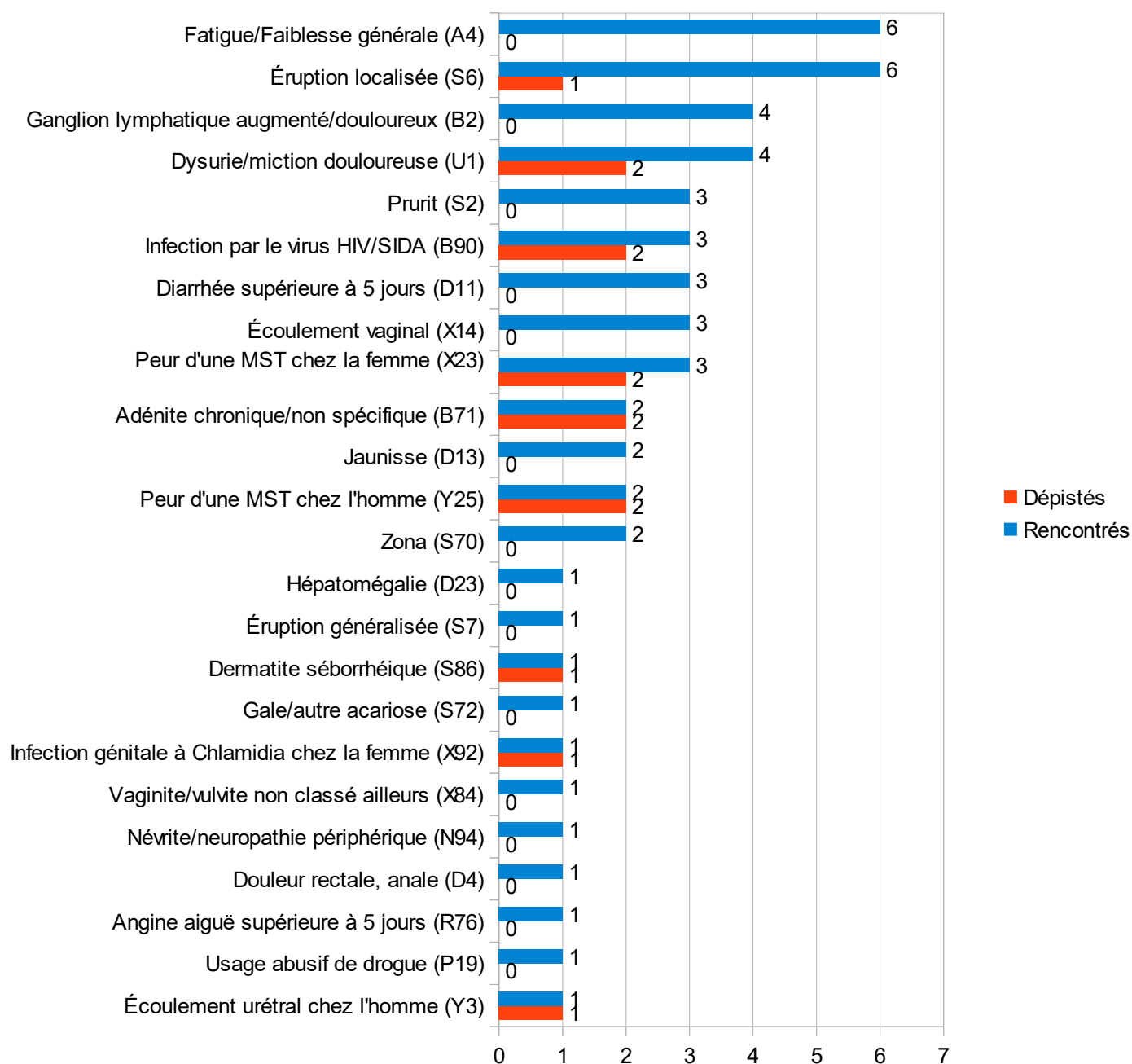
Certaines grilles contenant plusieurs points d'appel (situation rencontrée 7 fois), 54 symptômes ou diagnostics pouvant amener à un dépistage des IST ont été rencontrés sur 44 consultations. Parmi ceux-ci, 32 relevaient du secteur nantais. Leur répartition suit le tableau 10. Nous avons laissé dans le tableau le code de la classification ICPC-2-F auquel il était fait référence. Les deux colonnes suivantes décrivent les points d'appel ayant fait l'objet d'un dépistage lors de la consultation, au niveau local puis régional.



Graphique 8 : Points d'appel rencontrés et dépistés sur le secteur du DMG de Nantes

Sur les 26 situations cliniques nécessitant un dépistage rencontrées sur le secteur Nantais, 7 ont amené à un dépistage en cours de consultation. Ceux-ci relèvent de 8 points d'appel reconnus par les médecins. Les symptômes ayant amenés à un dépistage sur Nantes sont signalés dans le tableau 9 ainsi que le graphique 8.

A signaler une situation pour laquelle le patient a été dépisté, qui associait deux symptômes : adénite chronique et dermatite séborrhéique.



Graphique 9 : Points d'appel rencontrés et dépistés au niveau régional

Au niveau régional, sur les 54 points d'appel rencontrés, 14 ont fait l'objet d'un dépistage (dont une situation unique associant 2 points d'appels, déjà décrite précédemment).

IV/Discussion

1. Qualité de l'étude

Biais et limites rencontrés

La méthodologie de cette thèse, inspirée de l'étude ECOGEN (35), repose sur le recueil des données médicales de consultation par les internes en stage praticien niveau 1.

Bien qu'ayant de nombreux avantages, développés ci-après, ce protocole d'étude comporte des contreparties notables.

Ainsi, le recueil des données par un observateur externe, même formé à la médecine, présente un risque de biais d'interprétation. De nombreuses données peuvent en effet ne pas être univoques en fonction de l'interne et sujettes à la compréhension des enjeux de la consultation.

Les points d'appels et résultats de consultation pouvaient être interprétés différemment selon l'interne et le MSU lui-même. Ceci a cependant été limité au maximum par le niveau de formation avancé dans leurs études des observateurs et la possibilité de parler avec le MSU de la consultation une fois celle-ci terminée.

Les données démographiques, mais également l'orientation sexuelle ainsi que certaines données médicales, notamment celles concernant la vie sexuelle, pouvaient faire l'objet d'un jugement subjectif, conscient ou inconscient, de l'observateur lors du remplissage. Afin d'appréhender ces situations, il a été rajouté une colonne sur les modalités de recueil de la donnée. Devait y être noté, de façon plus ou moins associé, si l'information était observée par l'interne et donc subjective, ou recueillie dans le dossier ou dite par le médecin. Ceci avait ainsi pour objectif, par exemple, de savoir si l'orientation sexuelle était jugée uniquement sur la consultation des arguments directs ou indirects discutables, ou déjà connue auparavant par le praticien.

Nous avons également tenté au maximum de réduire par notre méthodologie le biais de sélection en obligeant à inclure les trois premiers patients de 16 à 60 ans de trois demi-journées.

Certains internes ont également porté à notre connaissance la grande difficulté rencontrée avec certains de leurs MSU, ces derniers s'opposant au recueil des données de consultations sans être informés au préalable de la thématique de la grille. Il semble donc illusoire de penser que l'étude a été réalisée dans une situation d'aveugle complet du point de vue des médecins. La proportion de MSU informés avant les consultations n'est cependant pas mesurable. Ce nombre a cependant dû être limité par la demande explicite dans la feuille d'information qui leur était envoyée avant l'étude, de rester dans une situation d'ignorance de la thématique du questionnaire.

Il nous semble également important de souligner le risque notable de biais lié à la

période de recueil. Nous avons en effet choisi volontairement pour le recueil des données de la faculté de Nantes une période de faible épidémie virale et donc de moindre activité comparée à une période hivernale afin de favoriser les consultations propices au dépistage.

La variabilité de qualité de recueil des informations est un élément difficile à pallier dans ce type d'étude. Face au grand nombre d'observateurs (52 sur Nantes) mais également de médecins observés (136 dans le secteur nantais), la qualité de remplissage ne pouvait qu'être inhomogène.

Il a ainsi été constaté au cours de l'analyse des grilles une variabilité inter-internes, pouvant être liée à un investissement personnel différent en fonction des individus.

Il a également été observé chez un même interne une variation en fonction des praticiens chez qui les données ont été recueillies. Bien qu'aucune donnée objective concernant le groupe ne puisse être obtenue pour expliquer ce point, il a été signalé en commentaire par certains internes l'impossibilité d'accès au dossier médical chez certains MSU, ou l'absence de dossier informatisé limitant la recherche de données objectives. D'autres médecins ont également clairement montré leur opposition à la thématique en signalant les questions posées par l'interne comme 'non avenues' chez leurs patients.

Cette difficulté d'accès à certaines informations, associé à la complexité de certaines données demandées et au faible abord de la sexualité en général, a abouti au nombre élevé de données manquantes constaté dans les résultats. Ce nombre est cependant en lui-même significatif d'un grand manque de discussion sur la santé sexuelle chez la majorité des praticiens, et apporte en soit une donnée importante à analyser.

Concernant le choix de n'observer que des Maîtres de Stage Universitaires, il a été montré que la population suivie par ces praticiens était globalement représentative de la pratique des médecins en soins primaires, en dehors d'une plus forte proportion d'enfants, exclus de la présente étude (37,38).

Sur le plan de leurs pratiques, les MSU ont une activité de médecine préventive plus importante que la population générale des praticiens avec des taux de vaccination anti-grippale, de mammographie et de suivi de diabète supérieurs à la moyenne nationale. Les résultats de la présente étude peuvent donc être surévalués sur le plan de la prévention(38).

Les MSU ont une répartition géographique plus rurale que la moyenne des médecins généralistes en France (38). Une possible critique de notre étude est de ne pas avoir classé en secteurs géographiques les médecins, afin de déterminer en fonction du département la proportion de dépistage, mais également de pouvoir différencier les pratiques en milieu urbain et rural. Un tel protocole, en restant à l'aveugle, nous semblait cependant difficilement acceptable auprès des praticiens du fait du risque de lever d'anonymat de ces derniers. De plus, du fait du faible nombre de dépistages prescrits durant l'étude, cette donnée aurait été peu contributive.

Un biais pouvant également rentrer en compte dans l'analyse de ces données est l'influence de la présence de l'interne en consultation. En effet, la présence d'un tiers peut avoir limité l'abord de problématiques intimes normalement discutées avec le médecin traitant, dont la sexualité. Plusieurs patients ont pu ne pas déclarer certains symptômes et revenir sur une autre consultation pour discuter de problèmes intimes.

Un autre élément à prendre en compte, pouvant modifier l'acquisition de certaines données, notamment les facteurs de risque d'IST et la prévention, est la position d'avis extérieur dans lequel pouvait être parfois placé le médecin. Ainsi, plusieurs consultations ont été signalées comme étant une prise en charge ponctuelle pour remplacer un confrère, ou dans le cas d'un patient éloigné de son domicile. Cette situation peut cependant parfois être facilitatrice, certains patients abordant avec une plus grande facilité des sujets intimes avec un médecin autre que leur médecin traitant (39).

De même, le médecin était parfois présent en tant qu'expert juridique ou médecin d'urgence à domicile. Dans ces multiples situations, un dépistage hors point d'appel ne semblera pas adapté. La majorité des consultations restent cependant du domaine des soins primaires chez un médecin régulier, sujet de notre étude.

Enfin, la présente étude, en tant qu'étude transversale, ne permet bien évidemment pas d'avoir des données sur l'évolutivité de la relation médecin patients et de la situation médicale de ces derniers. Certains malades ont ainsi pu se voir proposer un dépistage secondairement pour un point d'appel rencontré au cours de l'étude du fait d'une évolution défavorable. Le suivi et la possibilité de répétition des consultations est en effet un élément important dans la pratique de la médecine générale.

Limites propres à la population et à la grille de recueil

Comme annoncé dans la première partie, les facteurs de risques d'IST sont nombreux, et différents selon les maladies. Ne pouvant inclure la totalité de ceux-ci dans la grille de recueil dans un objectif de bon remplissage par les internes observateurs, il a été décidé de sélectionner certains de ces points.

Les plus consensuels et plus analysés étant ceux du VIH, une liste initiale a été réalisée à partir de ceux-ci. Les critères rares ou difficiles à recueillir ont ensuite été éliminés, à savoir l'antécédent de séjour en milieu carcéral, les partenaires de personnes infectées par le VIH, les viols et les IVG. N'ont également pas été incluses les personnes consultant à la PASS, car non concernées, et les personnes en situation de prostitution du fait de l'existence d'un réseau associatif coordonnant leurs soins de façon itinérante sur la région Nantaise.

A noter un cas d'antécédent de tuberculose durant l'étude. Devant sa faible fréquence, ce critère n'avait cependant pas été explicitement demandé dans la grille.

Nous avons secondairement souhaité étendre notre liste à des critères propres à d'autres infections. Les mêmes restrictions ont cependant été rencontrées, un trop grand nombre de données sur l'habitus ou les antécédents personnels ne pouvant être demandées (transfusions itératives, antécédent d'hospitalisation en psychiatrie).

Nous pensons ainsi avoir sélectionné les facteurs de risque les plus fréquemment rencontrés en soins primaires et les plus indispensables à identifier par le soignant pour proposer un dépistage adapté à ses patients.

Le seul critère d'inclusion de l'étude était l'appartenance à la tranche d'âge des 16-60 ans.

La borne inférieure de 16 ans a été décidée au vu de l'âge moyen des premiers rapports sexuels, évalué à 17 ans selon les dernières études (40,41). La prévention des infections

sexuellement transmissibles pouvant être débutée avant tout rapport, il a été décidé d'inclure les patients potentiellement sexuellement inactifs mais susceptibles de bénéficier d'une information ciblée. Cet âge nous semble d'autant plus justifié que cette patientèle mineure est demandeuse d'une information venant du médecin (30).

La borne supérieure de 60 ans a quant à elle été définie afin de cibler au mieux une population susceptible de faire l'objet d'une prévention ou d'un dépistage de maladies sexuelles.

En effet, bien que le dépistage et la sexualité des plus de 60 ans soit un sujet qui manque de documentation (42), la fréquence croissante de la polypathologie avec l'âge aurait augmenté le nombre de consultations en rapport avec des pathologies chroniques. Le plus faible nombre de pathologies aiguës aurait alors restreint la probabilité de rencontrer des points d'appel d'infections sexuellement transmissibles.

De même, la prévention après 50 ans et de façon encore majorée après 60 ans est extrêmement orientée sur les facteurs de risque cardio-vasculaire et sur le dépistage systématique de néoplasie colique ou mammaire(43,44). Dans ce contexte, le nombre de consultation abordant la prévention serait probablement supérieur à celui de la population ciblée dans l'étude, mais moins portée sur les infections sexuellement transmissibles.

Forces de l'étude

Un des intérêts du mode de recueil d'informations que nous avons choisi est de pouvoir récupérer un nombre de données de consultations plus important qu'une analyse rétrospective des dossiers médicaux. De plus, le biais de mémorisation est également restreint au maximum, les grilles de recueil devant être remplies au cours de la consultation ou dans ses suites immédiates.

Le fait de demander leur participation à des étudiants en médecine d'un niveau avancé dans leurs études permet quant à lui d'avoir un investigateur ayant une bonne compréhension de la situation clinique avant le remplissage de la grille. Les données de consultation pouvaient ainsi être complexes et non univoques, à l'exemple des points d'appels et résultats de consultation, qui nécessitaient une bonne maîtrise des situations cliniques rencontrées.

En contrepartie des faiblesses inhérentes au protocole de l'étude, cette dernière présente une approche nouvelle dans le dépistage des IST. Alors que la place du médecin généraliste doit être renforcée selon le dernier plan de lutte contre les IST (6,26), peu d'études ont abordé les situations de prévention des IST rencontrées en médecine générale et le dépistage en découlant.

Ainsi, seule une étude à notre connaissance aborde cette thématique en se basant sur des situations cliniques présentées à des médecins généralistes (45). Le nombre de praticiens interrogés était alors cependant limité et les cas purement théoriques. Notre étude est donc, à notre connaissance, la première à analyser en situation réelle le dépistage spécifique des IST en fonction du motif de consultation.

De plus, la majorité des études réalisées à ce jour n'analysent qu'une IST à la fois. La littérature regorge d'articles spécifiques au VIH (3,46–49) ou au *Chlamydia trachomatis* (8,10,50), mais très peu abordent la prévention et le dépistage dans son ensemble. Cette étude se propose donc d'être un premier pas dans une approche plus globale de la prévention en

santé sexuelle, non centrée sur le pathogène mais sur le patient dans son ensemble avec la complexité de la situation individuelle inhérente aux soins primaires.

Sur le plan national, les informations sur les pratiques de dépistage de soins primaires, notamment le nombre de sérologies prescrites, sont disponibles en analysant les données de la sécurité sociale ainsi que des laboratoires d'analyse, ou sur la base d'une déclaration autonome par le médecin (3,4,9,17).

Notre étude actuelle permet en complément d'obtenir une donnée jusqu'ici non abordée, à savoir le contenu individuel du bilan prescrit par les médecins, et ce, indépendamment de sa réalisation par la suite ou non. Nous obtenons donc une donnée nouvelle plus orientée sur les soins primaires, permettant de comprendre la diversité du contenu de prescription de ces bilans de dépistage, et par la même occasion, de l'expliquer possiblement par la situation clinique sous-jacente ou éventuellement par un manque de formation qu'il sera plus facile d'orienter.

Le nombre important de questionnaires recueillis sur un plan local (443 à Nantes) et régional (979) nous permet de plus d'avoir une certaine pertinence dans nos propos, malgré la faible fréquence des situations de dépistage des IST dans la globalité des consultations de soins primaires. De même, la forte proportion de participation des MSU (72% des praticiens dépendants du DMG de Nantes) permet d'avoir des données probantes sur les pratiques médicales des médecins étudiés.

L'extension de l'étude à un niveau régional, après une première phase sur deux départements, Loire-Atlantique et Vendée, permet également une extrapolation plus importante des pratiques. En effet, les MSU inclus dans l'étude sont ainsi affiliés à deux DMG différents, dépendant de fait d'un service de médecine générale distinct. Les pratiques ne peuvent donc pas être biaisées par des recommandations locales spécifiques.

Concernant l'analyse des données, nous avons tenté de limiter au maximum la subjectivité de celles pouvant être remises en cause en reprenant par groupes de trois, associant un praticien en infectiologie, un médecin généraliste et un interne, l'intégralité des dossiers relevant d'un point d'appel selon nos critères initiaux. En cas de désaccord, le dossier était ensuite rediscuté lors d'une session réunissant six auteurs, dont les trois du premier groupe. Nous avons ainsi pu sélectionner uniquement les dossiers jugés valides sur un plan clinique au vu de l'intégralité du dossier, incluant les données démographiques et notes de l'interne observateur.

2. Motifs de consultation

Du point de vue des motifs de consultation, nous avons pu comparer nos données à celles issues de l'étude ECOGEN (35) .

Nous retrouvons au cours de nos consultations un nombre beaucoup plus faible de motifs cardio-vasculaires (5,2% en secteur nantais, contre près de 14% des consultations dans l'étude suscitée), de l'appareil respiratoire (7% à Nantes, contre 13 à 14% dans l'étude), de métabolisme de nutrition ou du système endocrinien (2,1% à Nantes, contre 11 à 12%)

A contrario, nous observons un nombre beaucoup plus élevé de pathologies de l'appareil locomoteur (18,8% sur la Loire-Atlantique et la Vendée, contre 13% dans ECOGEN), de grossesses (6,8% sur Nantes contre moins de 2% dans l'étude) et de pathologies liées à l'appareil génital féminin (5,8% à Nantes contre moins de 2% également).

Ces différences de motifs de consultations découlent naturellement de nos critères d'inclusions. L'étude ECOGEN n'avait en effet pas de restriction d'âge pour l'inclusion des patients. Il paraît donc légitime que notre étude cible plus de femmes en âge de procréer et donc de grossesses ainsi que de consultations gynécologiques. De même, la limite d'âge supérieure de 60 ans avait pour objectif de limiter les pathologies chroniques et notamment cardio-vasculaires et respiratoires ainsi que diabétiques, expliquant également les différences sur ces organes.

Cette comparaison de données semble donc confirmer que notre étude analyse la cible de population souhaitée, à savoir une population sexuellement active ayant peu de comorbidités et donc moins ciblée par une prévention cardio-vasculaire et de cancers extra-génitaux. L'analyse de la cible de la prévention pour chaque consultation montre cependant une proportion restant majoritairement centrée sur les troubles cardio-vasculaires (55% des consultations avec de la prévention) et les règles hygiéno-diététiques (27%).

3. Données de santé sexuelle et facteurs de risque d'IST

Concernant l'orientation sexuelle, notre étude retrouve un faible nombre de patient ayant des rapports avec des personnes du même sexe. Ce nombre, avoisinant les 1% des dossiers la Loire-Atlantique et la Vendée, semble se rapprocher des proportions décrites lors de l'étude sur la sexualité de la population française en 2005 (40), qui décrivait 1 à 1,4% de patients ayant eu des rapports homosexuels dans l'année. Nous sommes cependant très éloignés des 4% d'hommes et femmes déclarant avoir déjà eu un rapport avec une personne du même sexe, chiffre déjà considéré comme sous-estimé dans la même étude de 2005.

Cette faible proportion est à mettre en relief avec le mode d'identification de l'orientation sexuelle ainsi que le grand nombre de données manquantes. En effet, les internes ont jugés ne pas pouvoir déterminer, toute source d'information confondue, la sexualité des patients dans 28,4% des situations nantaises. De plus, 68% des patients considérés comme hétérosexuels l'ont été sur un critère observationnel pur : patient marié, consultant avec une personne du sexe opposé, etc. De même, 50% des patients dits homosexuels le sont sur une observation exclusive.

Ceci semble donc refléter une grande difficulté à déterminer les conduites sexuelles des patients, préjugées sur des facteurs indirects sans nécessairement avoir abordé le sujet. Les conduites à risque occasionnelles ne peuvent ainsi être identifiées correctement. Par contre, les patients ayant exclusivement des rapports homosexuel semblent en grande partie reconnus comme tel.

Une analyse de l'orientation sexuelle et de la situation conjugale à la fin des consultations constituant un premier contact vient renforcer cette impression de difficulté à

aborder le sujet de l'orientation sexuelle avec le patient. En effet, moins de 50% de ces consultations permettent de définir la situation conjugale ainsi que l'orientation sexuelle du patient. Le sujet de la vie de couple n'est donc pas systématiquement abordé par le médecin lors de l'interrogatoire d'accueil dans le cabinet. Ceci peut expliquer cette difficulté à aborder par la suite le sujet ou à revenir sur d'éventuels préjugés liés uniquement à des critères d'observation du patient.

Au niveau du multi partenariat, 1,8% des patients sur le secteur nantais sont connus pour avoir eu plus d'un partenaire dans l'année. Ce chiffre est à mettre en relief avec le très fort taux de données manquantes, avoisinant les 75% des consultations. A nouveau, les chiffres sont très éloignés des données recueillies en 2005 (40) qui étaient de 12,5% chez les hommes et 7,1% chez les femmes de 18 à 69 ans. De plus, si nous considérons le mode de recueil de cette information chez les MSU dépendants de Nantes, 30% des dossiers sont renseignés sur la base de l'observation. Bien que la question ait pu être abordée lors de certains entretiens, la majorité semble avoir été décrite sur des données subjectives. Les 31% de grilles renseignés à l'aide de données fournies par le médecin ou du dossier médical ne peuvent en elles-mêmes pas être jugées comme objectives, les connaissances du médecin sur le sujet pouvant être aussi subjectives que l'observation par l'interne.

En dehors des rares situations de multi partenariat clairement identifiées, ce facteur de risque ne peut donc qu'être exceptionnellement considéré comme recherché par le médecin. L'évaluation morale semble prédominer, comme le signalent certains internes dans leurs commentaires : 'question jugée non avenue' selon le médecin car marié, 'consulte avec sa femme'. Pourtant, 5,3% des hommes en couple déclarent avoir eu au moins un partenaire autre que leur conjoint dans les douze derniers mois selon les données nationales (40).

Les données concernant l'usage du préservatif ne peuvent pas être analysées du fait du très faible nombre de données recueillies. L'absence d'utilisation semble souvent être connue dans un contexte de désir de grossesse, bien que nous n'ayons pas de donnée précise pour confirmer cette tendance en dehors de la proportion de 6,8 % de consultations pour suivi de grossesse.

Les médecins généralistes, pourtant premiers prescripteurs de contraception, ne semblent donc pas connaître dans la majorité des cas l'usage ou non du préservatif par leurs patients, y compris chez les femmes en âge de procréer. Cette donnée peut avoir été manquée par les internes lors des consultations abordant une cause autre que la vie sexuelle. Cependant, avec 5,8% des consultations en rapport avec un motif gynécologique, ce sujet aurait pu être abordé plus fréquemment. Cette donnée semble d'autant plus importante que bien que 88% des patients de moins de 24 ans déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel, ce taux descend à moins de 70% en cas de nouveau partenaire par la suite (40). Le rôle d'éducation et de prévention du médecin généraliste semble donc prendre ici toute sa place.

Le nombre extrêmement bas d'arrêt de l'utilisation du préservatif après prescription d'un test d'IST, inférieur à 1% des consultations, découle naturellement des données précédentes. Cette donnée peut cependant être sous-estimée du fait d'un suivi gynécologique extérieur au cabinet, pour lequel le généraliste peut ne pas être amené à parler de contraception.

De même, l'arrêt du préservatif a pu faire suite à un bilan réalisé dans un centre spécialisé. Il semble cependant toujours dommageable que le médecin n'ait pas de trace écrite d'un tel test. Le médecin généraliste peut en effet ne pas avoir été informé de résultats dont il n'est pas le prescripteur. Ainsi, ni les 330 000 sérologies annuelles prescrites en CeGIDD (soit 3% des tests en laboratoire de ville), ni les 62 000 TROD réalisés par des associations, ni les 90 000 autotests VIH (données de 2015) ne sont transmis au médecin traitant (51).

Ces différentes données sur l'identification de conduites à risque chez les patients sont concordantes avec la littérature. En effet, les différentes études réalisées auparavant sur les difficultés rencontrées à aborder la sexualité (52,53) exprimaient déjà clairement un problème d'approche de cette thématique de santé. Les proportions de patients ayant leur orientation sexuelle non connue, et le taux extrêmement faible de patients ayant un multi partenariat connu, peuvent cependant amener à réfléchir sur d'autres limites.

La première est celle de la non perception de l'importance d'un interrogatoire sur la santé sexuelle chez tous les patients. Il est possible que certains médecins généralistes considèrent cette prévention comme du ressort des centres de dépistage et des plannings familiaux. De même, l'abandon du préservatif comme moyen contraceptif et de protection peut parfois être relégué aux consultations de gynécologie réalisées par les spécialistes. Ces deux types de consultations, non analysées dans la présente étude, sont en effet des biais par lequel le dépistage a pu être réalisé à l'insu du généraliste. Ce frein au dépistage, non avancé dans les autres thèses, semble cependant être plausible au vu de la proportion extrêmement importante de prévention réalisée par les médecins observés par l'étude, et la faible part que la santé sexuelle y tient.

Une seconde limite rencontrée peut-être celle de la difficulté de catégoriser le patient en notant des données de sa vie privée et sexuelle dans le dossier médical. En effet, il peut être jugé inopportun voir stigmatisant par le médecin traitant de signaler dans les dossiers si le patient a des rapports homosexuels, ou s'il a plusieurs partenaires. Ces données n'étant pas notées, la connaissance de ces conduites restent alors à la discrétion exclusive du médecin dans les limites de sa mémoire, et donc inaccessible aux internes durant l'étude ainsi qu'aux remplaçants et collaborateurs qui peuvent intervenir dans la prise en charge des patients.. Il reste cependant difficile de savoir ce qui relève de la croyance du médecin de ce qu'il sait réellement de ses patients.

Un autre facteur de risque que nous avons tenté de rapporter est celui des usagers de drogues intraveineuses. En développant l'abus de substances en général dans un premier temps et notamment le tabagisme, nous avons objectif de pouvoir comparer la prévalence d'abus de substances recensées par rapport à des données officielles. Nous retrouvons ainsi 97 tabagiques actifs dans le secteur du DMG de Nantes. Ceci fait donc 35% de patients fumeurs, alors que les chiffres du baromètre santé de 2014 retrouvaient une prévalence de 28% de la population (54). Nous pouvons donc considérer que le tabagisme est une donnée très facilement accessible dans les dossiers. A l'opposé des comportements sexuels, il est abordé chez la majorité des patients.

Nous retrouvons par la suite un usager de drogues intraveineuse, autre que des substitutifs. Selon les données de l'Organisation des Drogues pour l'Information sur les Comportements En Régions (ODICER) (55), ce nombre est égal à celui attendu, l'incidence en 2010 étant de 1,6/10 000 habitants en Pays de la Loire. Nous pouvons donc en déduire que ceci est un facteur de risque très rapidement identifié mais également mis en valeur dans le dossier médical du médecin.

4.Prévention générale

Sur le plan de la prévention en soins primaires, notre étude retrouve une proportion extrêmement élevée de consultations abordant des thèmes variés de médecine préventive. Ainsi, les internes déclaraient constater une thématique parmi celles qui leur était proposé dans 53,5% des consultations du secteur nantais. Ces chiffres sont bien supérieurs aux données de l'étude ECOGEN (35) qui décrivait 14,9% des consultations avec une thématique préventive.

Cette différence majeure peut cependant être expliquée, au moins en partie, par la différence de méthodologie. En effet, à la différence de l'étude ECOGEN qui définissait des codes de l'ICPC-2 comme étant de la médecine préventive, nous avons pris le parti d'en constituer une question indépendante. Cette décision, bien qu'amenant un élément de subjectivité à notre analyse, nous permet de relever une partie de la consultation qui ne constitue pas un des motifs pour lesquels le patient est venu, et non forcément développée de façon importante, mais simplement abordée par le médecin. Ceci peut aussi bien inclure des conseils diététiques qu'une interrogation sur la consommation tabagique, sans approfondir la question comme thématique de la consultation mais amenant le patient à cheminer dans sa réflexion.

Quand nous regardons le détail des thématiques préventives, au-delà des sujets majoritaires d'ordre cardio-vasculaire et de diététique, nous retrouvons une proportion très élevée de consultations ayant trait à la contraception ainsi qu'au frottis cervico-vaginal.

Ces consultations, orientées vers une population féminine, peuvent sembler propices à un abord de la sexualité qui ne semble cependant pas systématique dans cette étude. Ces thèmes, connus des patientes comme des médecins, semblent très facilement abordés alors même qu'ils relèvent de la sphère de l'intime. Il pourrait être utile de s'entretenir avec des médecins afin de comprendre la différence entre les thèmes de la santé sexuelle et de la contraception, qui rend les premiers difficiles à aborder alors que les seconds le sont aisément.

Il est possible qu'en communiquant davantage auprès des patients sur la santé sexuelle et la nécessité d'en parler avec leur médecin traitant, la légitimité de ce sujet pourrait être renforcée des deux côtés de la relation. Cette légitimité est en effet déjà décrite par les patients, mais avec malgré tout une sensation de gêne quand on traite de leur cas personnel(56). La proposition d'un dépistage systématique du VIH était ainsi globalement acceptée car ressentie comme moins stigmatisante pour le patient qui sait ce dépistage non personnel (39,56).

5. Antécédents de dépistage des IST

Dans la population générale, 50% des patients déclarent avoir déjà fait un test de dépistage, dont 11% dans les 12 derniers mois. Avec 73 dossiers renseignés comme ayant un test retrouvé sur 166 ayant l'information, les MSU du DMG de Nantes retrouvent une proportion proche (44% des dossiers informés). Le nombre important de dossiers non-renseignés reste malgré tout interpellant. La population de l'étude ne différant pas de la population générale, sa sélection étant basée uniquement sur des critères d'âge, le nombre de tests retrouvés dans les dossiers devrait avoisiner les 50% du total (40).

Il semble ainsi que, bien que le médecin généraliste soit un acteur important dans la santé sexuelle, il n'est pas systématiquement informé en cas de dépistage de ses patients réalisé en dehors de ses prescriptions. La connaissance de tels tests pourrait pourtant être un moyen d'abord de la sexualité, et un moyen de poursuivre le dépistage en cas de conduite à risque.

En dehors du dépistage du VIH dans la population générale, les recommandations actuelles s'orientent vers le dépistage ciblé chez les patients présentant des facteurs de risque d'IST (6,26).

Parmi les facteurs les mieux identifiés, nous retrouvons les usagers de drogues intraveineuses (UDI). Il apparaît qu'en plus d'être marqué comme tel dans le dossier médical, le seul patient dans cette situation dans le secteur du DMG de Nantes a également été la cible d'un dépistage des IST ciblé puisqu'il a bénéficié d'un test dans le passé.

Nous ne pouvons cependant conclure formellement sur la reconnaissance des UDI comme facteurs de risque, n'ayant qu'un patient dans cette situation. En effet, ce dépistage des UDI semble être en contradiction avec certaines données de la littérature qui montrent l'usage de drogues comme un facteur de diagnostic tardif du VIH (57). Nous pouvons cependant supposer que ce retard n'est pas lié à la mauvaise reconnaissance du risque par les médecins, mais plutôt de l'isolement sur un plan médical de ces patients en situation souvent précaire.

Les patients ayant des partenaires multiples, bien que peu nombreux à être connus pour de telles pratiques, sont également très bien dépistés avec un test retrouvé ou réalisé durant l'étude chez 77% de ces patients. De plus, les tests sont parfois réitérés puisque deux patients se sont vus proposer un nouveau test. Ainsi, bien que peu abordées par le médecin durant les consultations, ces conduites sont très bien reconnues comme étant à risque d'IST et donc source de dépistage.

Seuls deux patients HSH ont été décrits et ils n'avaient pas d'antécédent de test de dépistage retrouvé. Les moyens de dépistage étant multiples et le nombre de patients concerné faible, il est difficile de porter une conclusion. Il est possible que ces patients s'adressent dans d'autres structures pour le dépistage. Il semble cependant toujours dommageable que le médecin n'ait aucune information sur celui-ci, si le test a été réalisé à l'extérieur.

Une patientèle beaucoup plus facile à identifier est celle ciblée par l'origine ethnique. Nous n'avons ici analysé que les patients originaires d'Afrique subsaharienne, donc à risque de VIH accru. Bien que de nombreuses autres origines puissent être à risque d'hépatite, le pays de naissance était trop rarement connu pour pouvoir analyser plus en profondeur ces données

concernant les patients originaires d'Asie ou d'Amérique du Sud. Il apparaît que chez ces patients, seul 15% (2/13) ont un test connu du médecin généraliste. De plus, les deux ont un test connu du fait d'une pathologie encore active (VIH et VHB respectivement). L'un d'entre eux s'est vu prescrire une nouvelle sérologie au cours de l'étude.

Cette donnée, concordante avec la littérature (57), semble confirmer la faible identification du risque d'IST chez ces patients. Bien que les patients originaires de pays de forte endémie et arrivant en France font l'objet d'un suivi particulier, incluant ces dépistages, il nous semble indispensable de poursuivre un suivi par la suite chez ces patients. Ils sont en effet fréquemment amenés à voyager dans des pays à risque, ne permettant pas à un test unique effectué lors de l'accueil dans le pays d'être suffisant.

Les patients ayant déjà eu une IST doivent être, selon les recommandations, suivis sur le plan de la santé sexuelle (5). Si nous ne prenons en compte que les IST retrouvées sur un test 'classique' (VIH, VHB, syphilis, *Chlamydia trachomatis* et gonocoque), 10 patients du secteur du DMG de Nantes ont un antécédent d'infection. Parmi ceux-ci, 2 ont fait l'objet d'un nouveau test au cours de l'étude. Cette proportion est très importante, quantitativement comparé au reste de la population de l'étude où il n'y a eu que 20 tests réalisés à Nantes. Ces patients semblent donc bien connus comme nécessitant un suivi rapproché de leurs conduites, avec le cas échéant un nouveau bilan si nécessaire.

Concernant les patientes ayant un antécédent de frottis pathologique ou de condylome (aucun homme recensé), parmi elles, 4 des 9 patientes (aucun homme recensé) ont un test connu. Ceci semble donc montrer que l'anomalie de frottis, pourtant lié à une IST, n'est pas systématiquement suivie d'un dépistage complet par le médecin généraliste. L'orientation fréquente vers un spécialiste en cas d'anomalie du prélèvement limite cependant nos conclusions.

6. Le dépistage durant l'étude

Vingt consultations ont amené à un dépistage. Parmi celles-ci, 7 rentraient dans une situation de point d'appel (annexe 3). Il apparaît cependant en lisant les commentaires des internes que, bien que présentant des symptômes pouvant être en rapport avec une IST, deux dépistages sont à l'initiative du patient et non pas du médecin généraliste.

Les 13 bilans restant sont ainsi liés à un dépistage opportuniste à l'initiative du médecin traitant. A noter que trois dossiers semblent rentrer dans le cadre d'une obligation légale liée à la grossesse, que nous associerons à une opportunité de dépistage.

Concernant les données démographiques des patients dépistés, l'âge médian est de 27 ans. Inférieur à la médiane de l'étude, de 42 ans, cette donnée semble confirmer la difficulté des médecins à proposer un dépistage à des personnes plus âgées. Ce facteur, déjà connu dans plusieurs études comme un facteur de retard de prise en charge du VIH notamment (57,58)

Nous constatons le dépistage de 2 patients de plus de 50 ans. Cette tranche d'âge est pourtant connue comme un facteur de retard de dépistage du VIH (57,58). Il est possible que ce retard ne soit donc pas exclusivement dû à une crainte de dépister des patients plus âgés ou

de les interroger sur le sujet, mais peut être à la multiplicité des diagnostics différentiels liés à l'âge et donc à une orientation moins rapide vers ces pathologies infectieuses.

Parmi les patients dépistés, 12 ont une sexualité considérée comme hétérosexuelle, et 8 sont non connues. Nous ne pouvons savoir si l'orientation sexuelle était connue du médecin prescripteur mais ignorée de l'observateur au moment du bilan. Il semble cependant que certains médecins ne soient pas influencés par l'orientation sexuelle du patient lorsque le dépistage leur semble nécessaire.

Concernant le nombre de partenaires des patients dans l'année, 3 patients dépistés ont déclaré avoir changé de partenaire, dont 2 clairement identifiés comme en ayant plus d'un dans l'année. Ainsi, un tiers des 9 patients ayant vécu une séparation récente se sont vus proposer un bilan. Cette proportion, bien qu'insuffisante, montre une bonne identification de ces patients à risque de comportements exposant à des IST par les médecins traitants dans la mesure où cette donnée vient à leur connaissance.

Sur le plan du port de préservatif, 4 patients sont connus pour en faire usage, 6 pour ne pas l'utiliser et 10 n'ont pas leur situation connue. Avec ainsi plus de 20% des patients dépistés ayant leur usage du préservatif connu, proportion bien supérieure au reste de l'étude, il apparaît clairement que la majorité des médecins ont jugés utile un interrogatoire sur la vie sexuelle des patients afin d'orienter vers le dépistage ou de l'étayer. Il peut cependant être considéré comme dommageable que cet interrogatoire ne soit pas systématiquement renouvelé en cas de prescription de bilan. Nous pouvons supposer que celui-ci a été fait lors d'une consultation précédente.

Une donnée notable, parmi ce groupe, est la proportion de patients ayant déjà eu un test par le passé. En effet, 14 patients ont déjà eu un bilan, dont deux revenus positifs. Ce chiffre semble cohérent avec les données de la littérature en faveur d'un dépistage plus précoce du VIH en cas de bilan réalisé dans le passé (58). Il semble plus facile d'introduire un dépistage une seconde fois que pour une première.

Ainsi, 19% (14/73) des patients ayant un antécédent de dépistage se sont vus renouveler leurs sérologies au cours de l'étude. Cette proportion importante tend à penser que certains patients sont clairement identifiés comme à risque, les médecins proposant plus facilement un dépistage si nécessaire.

7. Détails des bilans prescrits au cours de l'étude

Nous avons pu analyser au cours de notre étude le contenu des tests prescrits par les médecins généralistes. Avec étonnement, nous pouvons constater une très grande variation de contenu, en fonction du patient, de sa situation mais également en fonction du médecin.

Il apparaît ainsi que, dans le cadre des bilans de dépistage des IST, l'infection la plus médiatique, à savoir le VIH, n'est recherchée que dans 65% des situations sur Nantes. Bien qu'étant le pathogène le plus souvent recherché en proportion, il n'apparaît donc clairement pas comme systématique chez les médecins.

La seconde infection recherchée de façon courante est le VHB, suivie de la syphilis, recherchée dans 35% des prescriptions.

Cette répartition peut sembler surprenante au vu de la proportion marginale de la syphilis dans les IST sur le plan épidémique en dehors des populations à risque. Il semble cependant logique de faire le lien entre cette recherche fréquente, et son obligation légale dans le cadre de la grossesse. Il en va de même avec la sérologie VHB. Ainsi, sur les trois grossesses ayant fait l'objet d'un dépistage durant l'étude sur Nantes, deux faisaient l'objet d'une recherche de syphilis.

Le VHC apparaît moins recherché que le VHB et le VIH, en étant présent dans 30% des bilans. Cette différence de recherche peut être due à sa plus faible incidence en France malgré une prévalence supérieure au VIH et au VHB (20). Elle n'en reste pourtant pas moins recommandée dans les recherches d'IST et devrait être retrouvée en proportion égale.

Les deux pathogènes les moins souvent recherchés sont *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. De dépistage marginal, ils sont ainsi testés dans respectivement 25 et 20% des bilans de Loire-Atlantique et de Vendée.

Il est important de signaler que l'intégralité des tests recherchant *C. trachomatis* a été prescrite par PCR sur 1er jet ou prélèvement vaginal, ce qui répond aux recommandations actuelles en termes de dépistage asymptomatique. Ceci est faveur d'une évolution des pratiques qui étaient jusqu'à maintenant souvent décrites comme inadaptées, car utilisant la recherche sérologique du germe, inutile pour l'infection génitale seule (59).

La peur de se voir opposer un refus en proposant un prélèvement local ou urinaire semble être une explication partielle à la plus faible recherche de ces germes(34). Le geste est en effet plus invasif que la prise de sang, et se rajoute au bilan déjà demandé par voie sanguine. Plusieurs études ont cependant montré une très bonne acceptabilité de l'auto-prélèvement par les patientes, ne justifiant donc pas d'une réserve quant à ce mode de recherche (10,60).

Pour ce qui est de la différence de prescription entre recherche de *C. trachomatis* et de gonocoque, la première raison est probablement d'ordre financier. En effet, le non remboursement de la recherche du gonocoque en limite la recherche en dehors de tout contexte symptomatique. De plus, la PCR couplant souvent la recherche des deux germes, la prescription du seul *Chlamydia trachomatis* peut permettre, dans certains centres, la recherche conjointe et donc l'absence de frais avec des résultats identiques. La seconde explication que nous pouvons avancer concerne la symptomatologie beaucoup plus bruyante de *N. gonorrhoeae*, le faisant peut-être plus chercher en contexte symptomatique.

Les médecins généralistes semblent ainsi adapter leurs prescriptions en fonction du contexte clinique, ne considérant pas le bilan d'IST comme un ensemble homogène mais plutôt comme une association de germes pouvant être recherchés indépendamment selon le contexte clinique et les antécédents du patient.

Nous pouvons cependant constater que le dépistage n'est pas orienté par l'incidence des différentes IST. Ainsi, le dépistage du *Chlamydia trachomatis*, dont les complications restent graves (61), est un des moins réalisés, alors que son incidence estimée est la plus importante, en dehors de l'HPV (8,28). Il peut être intéressant de replacer l'importance des dépistages dans la formation des médecins généralistes, cette information prédominant actuellement sur le VIH essentiellement.

Les points d'appels cliniques d'IST sont très nombreux et peuvent atteindre tous les organes. Un grand nombre cependant sont rares voir exceptionnels en soins primaires, et amènent systématiquement à une consultation aux urgences ou chez un spécialiste d'organe (arthrite, méningite, endocardite, etc.). Nous avons donc souhaité analyser quels étaient ceux qui étaient rencontrés en pratique courante.

Comme décrites dans les résultats, 44 consultations ont été considérées comme abordant un point d'appel ou diagnostic devant faire rechercher une IST.

Nous soulignerons le fait que n'ont pas été inclus comme des points d'appels les grossesses et projets de grossesses, ainsi que la prescription de contraception. Bien que ces situations fassent l'objet de recommandations depuis mars 2017 pour le dépistage du VIH (6), nous avons décidé de les intégrer dans le cadre des opportunités de dépistage.

8. Opportunités de dépistage

Pour mémoire, les opportunités de dépistage au niveau régional seront développées dans une thèse complémentaire. Nous n'aborderons ici que les opportunités sur l'université de Nantes.

La définition des opportunités de dépistage dans l'étude est très large et ne tient pas compte du contexte de la consultation. Elles ne peuvent donc être considérées comme des situations de dépistage manquées, mais plutôt comme des pistes pour un dépistage futur.

Lorsque nous analysons les situations ayant amené à un dépistage, il est rapidement constaté que le dépistage des IST est souvent un motif de consultation en lui même. Ainsi, la majorité des bilans se font dans un contexte de bilan biologique orienté sur un problème gynécologique, sans forcément être associé à un examen gynécologique ou à un frottis cervico-vaginal.

On notera que trois des patientes dépistées sur opportunités entraient dans le cadre d'une grossesse, qui peut être considérée comme une opportunité autant qu'une obligation légale.

Il est cependant important de signaler que bien que rentrant dans le cadre d'une consultation de gynécologie, seules deux patientes sur les 28 ayant abordé le sujet de la contraception se sont vu proposer un dépistage. Cette consultation, qui semble pourtant une occasion privilégiée d'aborder la sexualité, n'est donc pas forcément saisie comme tel par le médecin. Elle a cependant pu être le sujet d'une consultation antérieure non connue de l'interne observateur.

Une consultation semble illustrer un dépistage purement opportuniste. Ainsi, un patient s'est vu proposer un dépistage lors d'un bilan de santé détaillé pour lequel un bilan sanguin général était prescrit. Il semble donc que ce type de consultations, telles que les demandes de certificat de sport, puissent aboutir à un dépistage sans que le patient ne soit venu pour aborder sur cette thématique. Ceci se rapproche des recommandations actuelles de dépistage du VIH (6) qui préconisent d'utiliser toutes les situations possibles pour proposer

une sérologie.

Il semble ainsi y avoir un écart important entre les situations jugées susceptibles d'amener à un dépistage dans les recommandations nationales (6) et la pratique des médecins. Si nous souhaitons poursuivre l'objectif de dépistage de l'intégralité de la population, au moins une fois dans la vie, pour le VIH, certaines situations pourraient être saisies de façon plus importantes dans ce but. Les consultations gynécologiques, situations facilitant l'abord de la sexualité, semblent être le biais le plus facilement utilisable chez les femmes pour proposer un bilan d'IST. Chez les hommes, l'abord du sujet ne pouvant se faire lors des rares consultations spécialisées andrologiques, un dépistage lors de bilans de santé comme les demandes de certificat semble être une piste envisageable et à développer. Ceci nécessite cependant que le médecin ai le temps d'aborder la prévention, limite avancée dans certaines études(34), ainsi que les compétences en communication pour l'aborder sans que le patient ne se sente jugé (52,56).

9.Points d'appel d'IST rencontrés

Lors d'une analyse des situations de diagnostic du VIH réalisée en 2013 (47), il a été constaté que plus de 50% des nouveaux diagnostiqués avaient consulté leur médecin généraliste pour un symptôme pouvant être rattaché au VIH. De plus, 25% avaient vu un spécialiste, et 3% un service d'urgences. Seul 18% s'étaient alors vus proposer un dépistage. Des données identiques étaient retrouvées lors de l'interrogatoire de patients diagnostiqués tardivement pour leur VIH (46). Les symptômes les plus souvent rencontrés étaient alors la fièvre persistante depuis plus d'un mois (24%), les diarrhées persistantes plus d'un mois (17%) puis la perte de poids inexpliquée, le zona et les polydénopathies.

Il semble ainsi primordial que le médecin généraliste sache reconnaître un point d'appel d'IST en consultation. Aucune étude n'a cependant analysé la fréquence de celles-ci en soins primaires, ni le dépistage qui en découle.

Le premier symptôme rencontré par fréquence est l'asthénie. Sur les 13 consultations dépendantes de la faculté de Nantes concernant un patient se plaignant de ce symptôme, 5 ont été retenues comme justifiant d'un test de dépistage. Une 6ème situation s'est ajoutée en considérant les données régionales.

La recherche de VIH peut en effet faire partie du bilan d'une asthénie persistante (62) en cas de facteurs associés pouvant orienter vers une IST. Cependant, après analyse des données, il apparaît qu'aucun de ces dossiers n'a fait l'objet d'une sérologie, alors même que plusieurs incluaient en conclusion la prescription d'un bilan sanguin. L'interrogatoire sur la vie privée pouvant être parfois mal perçu, il nous semble que la proposition d'inclure le VIH dans les bilans prescrits pourrait être bien accepté par le patient, tout en permettant d'éliminer une étiologie non bénigne à l'asthénie.

La seconde atteinte la plus fréquente est l'adénopathie. Nous avons dissocié l'adénopathie aiguë, douloureuse, de l'atteinte chronique.

Des atteintes aiguës, douloureuses, ont été considérées comme potentiellement en

rapport avec une IST dans 4 cas. Parmi ces quatre, aucun n'a amené à une recherche sérologique ou une PCR urinaire.

A contrario, les cas d'adénite chronique ont tous les deux fait réaliser un bilan d'IST.

Nous pouvons donc nous interroger sur la perception des adénopathies comme point d'appel. Fréquents dans la pratique clinique, ils ne doivent pas amener systématiquement à un bilan sanguin, expliquant peut-être l'absence de recherche sur les dossiers de ganglions lymphatiques d'apparition récente. La recherche d'une porte d'entrée locale est cependant toujours nécessaire, et un interrogatoire sur une possible origine génitale nous semble légitime dans un contexte d'adénopathie inguinale isolée sans autre porte d'entrée. Notre étude n'observant que lors d'une consultation unique sans suivi dans le temps, il nous semble difficile de juger de la nécessité ou non de dépister sur une première consultation pour adénopathies aiguës sans prendre en compte le contexte médical et social du patient.

A contrario, l'adénopathie chronique semble elle très bien cernée comme pouvant être d'origine infectieuse par les médecins généralistes.

Le troisième point d'appel le plus fréquemment rencontré est la lésion dermatologique.

Une éruption localisée a très fréquemment été rencontrée, avec 6 cas sur le plan régional sans diagnostic clinique évident à la clef. Vient s'ajouter également un cas d'éruption généralisée. Ces dossiers ont été retenus après exclusion des psoriasis anciens, de l'eczéma, des urticaires et autres lésions univoques. Chez un seul de ces patients, une sérologie a été proposée.

Les lésions dermatologiques font parties du quotidien du médecin généraliste. Il peut sembler dommage de constater qu'en l'absence de lésions typiques d'une étiologie, aucun bilan ne soit proposé afin d'éliminer les causes graves et grandes pourvoyeuses d'éruptions cutanées que sont le VIH et la syphilis.

De même, deux patients présentant un zona (une femme de 59 ans et un homme de 54 ans) ont consulté. Ces lésions, fréquentes chez la personne âgée ou immunodéprimée, doivent faire suspecter une baisse de l'immunité en cas de récurrence ou d'atteinte multiple. Ce point d'appel ne semble cependant pas avoir été identifié lors de la consultation.

Toujours dans un contexte dermatologique, 3 patients ont consultés pour un prurit isolé. En l'absence de point d'appel, celui-ci peut faire l'objet d'un bilan(63). Pour autant, aucun patient ne s'est vu proposer un bilan infectieux.

Enfin, un cas de gale a également été signalé, dans un contexte épidémique local. Cette infection, considérée comme un IST, aurait dû amener à un interrogatoire sur la vie privée, à défaut d'un dépistage.

Les éruptions et autres pathologies dermatologiques, d'une très grande fréquence en médecine générale, sont également parmi les principaux symptômes du VIH et de la syphilis, dont la prise en charge précoce est un enjeu de santé publique. Que ces points d'appels ne soient pas reconnus nous semble donc problématique. Cette absence de dépistage semble cependant être due à des difficultés d'orientation diagnostic sur les lésions. La dermatologie pourrait faire l'objet d'une sensibilisation plus ciblée lors de la formation des médecins de soins primaires, afin de mieux discerner les lésions préoccupantes des lésions bénignes ne nécessitant pas d'investigation.

Les symptômes digestifs sont ensuite les plus rencontrés, avec 3 dossiers de diarrhées persistantes plus de 5 jours, 2 ictères, une hépatomégalie et une douleur anale. Ces symptômes variés n'ont jamais été à l'origine de la prescription d'un bilan de dépistage.

La cause peut être imputée pour les diarrhées à la grande fréquence de celles-ci, notamment en période d'épidémie. Lors de notre analyse, nous avons donc réduit nos recherches uniquement aux diarrhées persistant plus de 5 jours afin de rester dans un contexte cohérent et applicable à la médecine générale (9 dossiers avec des diarrhées, dont seulement 2 de plus de 5 jours sur Nantes). La perception de la symptomatologie peut cependant différer entre l'entretien réel et le rapport fait sur papier par la suite. Il paraît peu surprenant que ces symptômes, relevant de la pratique quotidienne, soient banalisés et peu source de dépistage. Cela nous semble cependant avoir été le cas à tort dans les 3 situations que nous avons retenues. La difficulté à différencier les diagnostics probables dus à leur grande fréquence de ceux potentiellement graves n'est cependant pas une problématique propre aux IST ; cela nécessiterait une étude propre pour analyser les conduites et éventuelles erreurs diagnostics liées à une mauvaise orientation basée sur des symptômes bénins.

Les ictères et pathologies hépatiques, bien que fréquentes, ne peuvent faire éliminer cliniquement une hépatite virale. L'orientation secondaire vers un spécialiste d'organe pourra éventuellement conduire au diagnostic, mais il semble dommageable qu'un bilan viral n'ait pas été prescrit dans ces contextes.

Sur le plan des points d'appel génito-urinaires, 4 patients ont consulté pour des mictions douloureuses, avec parmi celles-ci deux ayant abouti à un dépistage. De même, un homme présentait un écoulement urétral, et une patiente une infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, amenant également à un bilan d'IST. Les plaintes urinaires semblent donc bien identifiées par les médecins.

A contrario, les 4 patientes ayant consulté pour une symptomatologie gynécologique (une vaginite, 3 écoulements vaginaux), n'ont pas abouti à un dépistage. L'examen clinique local étant déterminant dans ces situations, il peut être difficile de juger de la pertinence d'un tel bilan en fonction des situations. Une recherche de *Chlamydia trachomatis* et de gonocoque aurait cependant pu être justifiée en fonction du contexte, qui nous semblait cohérent au vu des données fournies par l'interne.

Au final, les points d'appel les plus fréquemment rencontrés sont dermatologiques, digestifs et de l'ordre de l'asthénie. La majeure partie d'entre eux ne semblent pas faire l'objet de dépistage du fait de leur grande incidence et fréquente bénignité. Il pourrait donc être utile d'aider les généralistes à penser à éliminer une IST dans ces situations par des recommandations claires sur des situations déterminées, ainsi qu'en les formant sur la distinction entre un symptôme bénin et une potentielle IST de retentissement général.

A l'opposé, les adénopathies chroniques et symptomatologies génitales localisées semblent amener rapidement à un bilan de dépistage, probablement par abord plus facile de la sexualité en cas de problème gynécologique, andrologique ou d'adénopathie inguinale.

Les symptomatologies plus rares, très nombreuses, n'ont pas été rencontrées au cours de l'étude. Bien qu'ils puissent parfois les croiser, la formation des médecins généralistes ne devrait donc pas à notre sens se centrer sur celles-ci, moins utiles en pratique quotidienne.

10. Influence de l'observateur dans le recueil des données

Indirectement, par leur mode de remplissage des grilles de recueil, les internes ont délivré des données importantes bien que non quantitatives sur leur vision du dépistage mais également leurs connaissances sur le domaine. Ces données sont le plus souvent issues de leurs remarques manuscrites dans la partie de la grille prévue à cet effet.

La première réflexion rencontrée concerne la situation conjugale des patients. En effet, plusieurs dossiers étaient annotés d'une réflexion sur une difficulté à catégoriser le patient entre célibataire, en couple ou marié lorsque celui-ci était divorcé ou veuf. Ainsi, 5 dossiers signalent explicitement un(e) veuf(ve) et 4 patients divorcés. Leur situation n'est alors pas claire pour l'interne. Ceux-ci sont ainsi le plus souvent notés encore en couple bien qu'ils ne le soient plus.

Cette difficulté d'identifier une personne d'un âge plus avancé comme ayant une vie sexuelle potentiellement active, malgré une relation prolongée auparavant, semble être aisément transposable aux médecins généralistes. Ce sont pourtant des patients pouvant développer des conduites à risque : ils sont en effet parfois peu informés des risques d'IST du fait d'une vie conjugale prolongée auparavant.

Une autre réflexion concerne les infections par HPV. Une question spécifique était orientée sur leur recherche en demandant les antécédents d'anomalies au frottis, ainsi que de condylomes, afin d'inclure les hommes dans l'interrogation.

La question a été éludée de façon surprenante par une très large majorité des internes dans les consultations d'hommes, en signalant de nombreuses fois que la question était non remplie du fait du sexe du patient. Ainsi, sur les 185 hommes de Loire-Atlantique et Vendée, seuls 46 ont une information notée, toutes négatives.

En plus de cette absence de recherche d'infection à HPV chez l'homme, la question devait normalement se retrouver en écho dans la colonne des antécédents d'IST en cas de positivité. Cependant, sur les 9 dossiers relatant un antécédent de frottis pathologique, aucun ne signal un antécédent d'infection sexuelle par l'HPV. Il apparaît donc clairement que l'infection à HPV, pourtant connue et recherchée par le frottis de façon consensuelle chez la femme, n'est pas reconnue comme une IST par les internes. Ceci peut donc expliquer en partie qu'un bilan de dépistage exhaustif ne soit retrouvé que chez seulement 50% de ces patientes.

Cette remarque est d'autant plus alarmante que ceci ne semble pas connu des internes, pourtant encore en cours de formation, mais également des médecins, comme le signale un des internes dans les commentaires : 'le médecin ne savait pas déterminer si la lésion cutanée observée était un condylome ou une verrue', alors que le virus est toujours un HPV dans les deux situations.

Un commentaire récurrent dans de multiples grilles est le signalement de la présence d'un accompagnant avec le patient. Sur Nantes, neuf dossiers signalent la présence du conjoint, et sept la présence d'un enfant.

La présence d'un tiers semble donc être une limite très fortement ressentie par l'interne,

alors même qu'il n'est qu'observateur. L'étude ayant lieu en début de semestre, les différents moyens pour diriger un entretien avec plusieurs interlocuteurs ne leurs sont cependant pas encore acquis. Il pourrait malgré tout être intéressant de développer au cours des études médicales les moyens de communication permettant de passer outre ce tiers, afin d'aborder un sujet privé en présence d'un conjoint ou d'un adolescent accompagné de ses parents.

VI/ Conclusion

Les Infections Sexuellement Transmissibles sont un problème de santé publique important. Souvent graves par leurs complications, elles ont été la cible de multiples recommandations nationales afin d'en diminuer l'incidence. La dernière en date concernant le VIH, de 2017, situe à nouveau le médecin généraliste comme un élément essentiel dans le dépistage et la prévention de ces infections. Leur incidence tend cependant globalement à la stabilité.

Notre étude analyse les freins à la prévention sous un axe pragmatique en étudiant les situations ayant amené à la prescription d'un bilan de dépistage.

Il apparaît ainsi que les facteurs de risque d'IST sont majoritairement bien identifiés comme tels. Le multi-partenariat ou l'usage de drogue intraveineuse sont source de dépistage quasiment systématique lorsqu'ils sont connus. Les patients originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne ne sont par contre que rarement dépistés par leur médecin traitant. Nous regrettons par ailleurs le trop faible nombre de données sur les HSH, qui limite l'interprétation sur ce facteur de risque.

A contrario, la présence de conduites à risque chez les patients semble souvent être mal connue par leur médecin traitant. Bien que nos résultats puissent être limités par l'absence d'informations écrites dans le dossier médical mais connues du médecin, il apparaît que le multi-partenariat ainsi les HSH soient largement sous évalués par les MSU.

La formation des médecins généralistes devrait donc peut-être se centrer plus sur un apprentissage des techniques de communication permettant de prendre connaissance de ces données privées et intimes du patient, plutôt que de cibler de façon itérative une population connue comme à risque mais non identifiée lorsqu'elle est rencontrée.

Notre étude analyse également les points d'appels rencontrés en soins primaires. Il apparaît que, dans la multitude de symptômes décrits dans les IST, la très large majorité n'est qu'exceptionnellement rencontrée par le généraliste. Les symptômes ayant un fort retentissement sur l'état général du patient, comme la méningite ou le syndrome confusionnel, n'ont ainsi jamais été rencontrés au décours de l'étude. Les points d'appels d'IST vus en consultations relevaient ainsi tous des soins primaires, sans nécessité d'avis de spécialiste dans un premier temps.

Les symptômes les plus rencontrés relevaient, par ordre de fréquence, de l'altération de l'état général (asthénie), de réactions lymphatiques sans porte d'entrée retrouvée, puis de symptômes dermatologiques et digestifs, et enfin de signes d'infection uro-génitales.

Ce sont au final les symptômes fréquents, ayant de multiples étiologies bénignes, qui semblent source de problème. Ainsi, les éruptions cutanées et autres pathologies dermatologiques, comme le zona, qui ne sont pas source de dépistage dans les consultations analysées. De même, les pathologies digestives, notamment les diarrhées chroniques et symptômes d'hépatopathie tels que l'ictère, sont peu liées à des bilans infectieux. Enfin, le point d'appel le plus largement rencontré, mais n'ayant jamais amené à un dépistage, est l'asthénie. Pourtant symptôme parmi les plus rencontrés en médecine générale, celui-ci ne

semble pas être reconnu en situation de soins réelle comme un point d'appel.

Les adénopathies chroniques, ainsi que les symptômes d'infection génito-urinaires, semblent à l'opposé bien ciblées par un dépistage, la majorité des situations ainsi rencontrées amenant à la prescription d'un bilan biologique. Les plaintes gynécologiques seules, notamment les leucorrhées, n'ont cependant pas été sources de dépistage au cours de l'étude.

Les symptômes généraux fréquemment rencontrés en soins primaires, d'une fréquente bénignité, semblent donc être les moins reconnus comme susceptibles d'être liés à une IST. Nous pouvons cependant supposer que ces symptômes, individuellement et hors contexte, pourraient être à l'origine d'un dépistage. Leur apprentissage est en effet un élément de la formation du cursus médical, commun à tout les médecins actuel.

La formation des médecins généralistes pourrait donc être orientée non pas sur la connaissance des symptômes, mais leur reconnaissance dans le contexte d'une consultation. Cet élément, relevant du 3ème cycle d'étude en médecine, pourrait être approfondi afin de mieux discerner les situations nécessitant un dépistage.

Notre étude, bien que de faible envergure, a rencontré une limite fréquente à toute recherche : la donnée manquante. Nombre de patients n'ont ainsi aucune trace retrouvée de dépistage dans leur dossier médical. Pourtant, selon certaines études, 50% des patients ont déjà réalisé un test dans leur vie en 2008 (40).

Bien que parfois peu mis en valeur par le médecin, il est également probable que le médecin n'ai pas eu connaissance de tels tests. Le patient peut en effet s'être fait tester dans un CeGIDD, chez un spécialiste, mais également dans un centre hospitalier ou même dans un service d'urgence comme cela peut être recommandé maintenant, voir sur un lieu de consommation sexuelle par un test rapide. Le test peut avoir été fait via un TROD, un ADVIH, un bilan sanguin... La tendance actuelle est en effet à la multiplication des possibilités de dépistage pour des raisons d'acceptabilité et d'accessibilité de populations à risque (51).

Une nouvelle problématique va donc être de réussir à porter les résultats de ces tests à la connaissance du médecin généraliste. Son rôle de coordinateur des soins tient en effet à sa maîtrise de la situation médicale de ses patients. De plus, l'abord du dépistage opportuniste ne pourrait qu'être facilité par l'existence de résultats dans le dossier. Il serait donc utile de s'intéresser à l'organisation de la transmission des résultats des tests réalisés au médecin traitant. La prévention sera alors facilitée sur un plus long terme que le dépistage ponctuel rencontré en dehors du cabinet, l'intervenant à l'origine du dépistage n'étant souvent vu qu'une seule fois.

VI/Bibliographie

1. Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, Pinget R, Le Vu S, Brunet S. Découvertes de séropositivité VIH et de sida, France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 24 mars 2015; (9-10):152-61.
2. Santé Publique France. Découvertes de séropositivité VIH et de sida. Point épidémiologique du 23 mars 2017. 2017 mars p. 6.
3. InVS, CNR du VIH. Diagnostic de VIH, Découvertes de séropositivité VIH, Diagnostics de SIDA 2003-2014 [Internet]. Réunion « Journée mondiale de lutte contre le SIDA »; 2015 nov 23 [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/content/download/118988/418800/version/1/file/Depistage_DO_VIH+sida_23_11_2015.pdf
4. InVS. Infection par le VIH/SIDA et les IST. Point épidémiologique du 23 novembre 2015. [Internet]. InVS; 2015 nov [cité 29 févr 2016] p. 7. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>
5. Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles [Internet]. 2016 févr [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016\(1\).pdf](http://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/Guidelines%202016(1).pdf)
6. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. HAS; 2017 mars [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
7. Goulet V, Barbeyrac B de, Raherison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J. Enquête nationale de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). A quelles personnes proposer un dépistage ? Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire. 5 avril 2011; 12: 160-16. Bull Epidemiol Hebd. 5 avr 2011;(12):160-4.
8. de Barbeyrac B, Kersaudy-Rahib D, de Diego S, Le Roy C, Bébéar C, Lydie N. P-09: Prévalence et facteurs associés à l'infection à Chlamydia trachomatis suite à une campagne via internet. Médecine Mal Infect. juin 2014;44(6, Supplement):84.
9. InVS. Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles - Données du 31 décembre 2015 [Internet]. InVS; 2016 févr [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
10. Detanne S, Gilles de la Londe J, Nguyen Van Nhieu A. Dépistage d'infections urogénitales basses à Chlamydia trachomatis par auto prélèvement par les jeunes de 18 à 24 ans en soins primaires. exercer. 2015;26(121(suppl 2)):40-1.

11. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* oct 2005;15(5):727-46.
12. Monsonogo J. Infections à papillomavirus: État des connaissances, pratiques et prévention vaccinale. Springer Science & Business Media; 2007. 264 p.
13. Leone N, Voirin N, Binder-Foucard F, Woronoff A, Delafosse P, Remontet L, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 [Internet]. Saint-Maurice (FRA): InVS; 2015 [cité 12 avr 2017] p. 62. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015>
14. Grabar S, Costagliola D, Bouvier A-M. Épidémiologie du cancer de l'anus. *Cancéro dig.* 2011;3(4):251-7.
15. ANAES. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal - actualisation 2002. 2002.
16. Pathak N, Dodds J, Zamora J, Khan K. Accuracy of urinary human papillomavirus testing for presence of cervical HPV: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 16 sept 2014;349:g5264.
17. InVS. Surveillance nationale de l'hépatite B chronique à partir des pôles de référence en réseaux hépatites volontaires. Données épidémiologiques 2008-2012 [Internet]. 2014 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-B/Surveillance-nationale-de-l-hepatite-B-chronique-a-partir-des-poles-de-reference-et-reseaux-hepatites-volontaires/Donnees-epidemiologiques-2008-2012>
18. Brouard C, Pioche C, Léon L, Lot F, Pillonel J, Larsen C. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(13-14):237-43.
19. Meffre C, DMI. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Décembre 2006 [Internet]. 2006. 176 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4362
20. Brouard C, Le Strat Y, Larsen C, Jauffret Roustide M, Lot F, Pillonel J, et al. Estimation du nombre de personnes non diagnostiquées pour une hépatite C chronique en France en 2014. Implications pour des recommandations de dépistage élargi. Numéro thématique. Hépatites B, C et Delta en France : le dépistage à encourager. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(19-20):329-39.
21. Péquignot F, Hillon P, Antona D, Ganne N, Zarski J-P, Méchain M, et al. Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001. *Bull Epidemiol Hebd.* 1 juill 2008;(27):237-40.
22. Jestin C, Chemlal K. Hépatite B. Dépistage - Repères pour votre pratique [Internet]. INPES; 2014 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1497.pdf>

23. HAS. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C [Internet]. 2011 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-bet-c?xtmc=&xtr=1
24. HAS / Service évaluation des actes professionnels. Modification de la Nomenclature des actes de biologie médicale pour les actes de recherche du *Treponema pallidum* (bactérie responsable de la syphilis) [Internet]. 2015 [cité 13 oct 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/argumentaire_syphilis_vd.pdf
25. ANSM. Contrôle du marché des test rapides d'orientation diagnostique de la syphilis. Bilan de la sensibilité et de la spécificité [Internet]. ANSM; 2016 janv [cité 13 oct 2016] p. 6. Disponible sur: http://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/312edcae6bde10cadd654e6ecf12dde.pdf
26. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) 2010-2014 [Internet]. 2014 oct [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vih-sida/le-vih-sida-un-enjeu-majeur-de-sante-publique/article/le-plan-de-lutte-contre-le-vih-sida>
27. HAS. Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions [Internet]. 2010 oct [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1031777/fr/depistage-et-prise-en-charge-de-l-infection-a-neisseria-gonorrhoeae-etat-des-lieux-et-propositions
28. Girard T, Mercier S, Viallon V, Poupet H, Raherison S, Bébéar C, et al. Étude de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d'adolescents en rupture, 2006-2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 8 sept 2009;(33):361-4.
29. HCSP. Prévention des infections à HPV : place du vaccin Gardasil 9® [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2017 févr [cité 12 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=602>
30. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé de 2010. [Internet]. Saint-Denis: Inpes; 2013 [cité 12 oct 2016]. 344 p. (Inpes, coll.). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1452.pdf>
31. Ministère des affaires sociales et de la santé. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016 [Internet]. 2016 [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal#Le-calendrier-des-vaccinations-2016>
32. Jestin C, Gautier A. Pratiques de dépistage des hépatites virales par les médecins généralistes, France, 2009. *Bull Epidemiol Hebd Web*. 25 mai 2011;(1):1-4.
33. The CATTE project team. The CATTE (*Chlamydia* Testing Training in Europe) Resources. Implementation Pack for Stakeholders et Commissioning Organisations [Internet]. 2015 [cité 11 oct 2016]. Disponible sur: <http://stitraining.eu/wp->

34. Mani A. Adaptation d'une intervention européenne, destinée à promouvoir le dépistage opportuniste du *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes de 18-24 ans, aux conditions de soins primaires en France. Étude qualitative pré-interventionnelle auprès de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes. 12 juin 2014;53.
35. Letrilliart L, Supper I, Schuurs M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : Etude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *exercer*. 2014;(114):148-57.
36. Wonca International Classification Comitee. *International Classification of Primary Care - 2nd Edition*.
37. Gelly J, Le Bel J, Aubin-Augier I, Mercier A, Youssef E, Mentre F, et al. Profile of French general practitioners providing opportunistic primary preventive care--an observational cross-sectional multicentre study. *Fam Pract*. août 2014;31(4):445-52.
38. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, Kellou N, Paumier F, Bois C, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2016;16:126.
39. Donguy E. Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale? Représentations des patients [Internet]. Université Paris Descartes; 2012 [cité 21 oct 2016]. Disponible sur: http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/03_DONGUY.pdf
40. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé [Internet]. La Découverte; 2008 [cité 20 oct 2016]. 416 p. (Hors collection Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
41. Lagrange H, Lhomond B, Agence Nationale de Recherche sur le SIDA. Les Comportements sexuels des jeunes de 15 à 18 ans : enquête [Internet]. Agence Nationale de Recherche sur le SIDA; 1995 avr [cité 15 sept 2016] p. 1-23. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/954045500/index.shtml>
42. Chavaillaz R. Etude des comportements sexuels des plus de 45 ans, en Suisse et dans le monde [Internet]. 2010 [cité 15 sept 2016]. Disponible sur: https://www.iumsp.ch/Publications/tm/tm_254.pdf
43. Dépistage et prévention du cancer colorectal - actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). HAS; 2013 juin p. 64.
44. Dépistage et prévention du cancer du sein - actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. HAS; 2015 févr p. 90.
45. Pillard M, Frésard A. Dépistage VIH en médecine générale. Quelles sont les occasions manquées ? Poster présenté à; 2016 oct 6; XVIIe congrès de la SFLS.
46. Chrétien O. Les opportunités manquées de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) en médecine générale : enquête auprès de patients diagnostiqués tardivement (CD4<350/mm3 ou stade SIDA) entre 2010 et 2013 et suivis dans le service

des maladies infectieuses du CHU de Rouen. 12 oct 2015;103.

47. Champenois K, Cousien A, Cuzin L, Le Vu S, Deuffic-Burban S, Lanoy E, et al. Missed opportunities for HIV testing in newly-HIV-diagnosed patients, a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2 mai 2013;13:200.
48. Chin T, Hicks C, Samsa G, McKellar M. Diagnosing HIV Infection in Primary Care Settings: Missed Opportunities. *AIDS Patient Care STDs.* juill 2013;27(7):392-7.
49. Fetene NW, Feleke AD. Missed opportunities for earlier HIV testing and diagnosis at the health facilities of Dessie town, North East Ethiopia. *BMC Public Health.* 23 juin 2010;10:362.
50. Barbeyrac B de, Raheison S, Bernabeu A, Clerc M, Marsol M-C, Bébéar C, et al. Dépistage de l'infection à Chlamydia Trachomatis dans la population d'étudiantes de l'université de Bordeaux, France, 2004. *Bull Epidémiol Hebd.* 3 oct 2006;(37-38):288-90.
51. Santé Publique France. Point épidémiologique -Infection par le VIH et les IST bactériennes. *Santé Publique France*; 2016 nov p. 8.
52. Pigache C. Influence des représentations des médecins généralistes sur la prévention et le dépistage du VIH en pratique quotidienne [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
53. Garry B, Besnier M. État des lieux des pratiques de dépistage du VIH des médecins généralistes de Nantes Métropole en 2008. France; 2009.
54. Romain Guignard, Beck F, Richard J-B, Lermenier A. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. 31 janv 2015;(31):10.
55. ODICER. Interpellations des usagers d'héroïnes, de cocaïne et d'ecstasy pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans [Internet]. [cité 12 mars 2017]. Disponible sur: <http://odicer.ofdt.fr/mobile.php#ficindic>
56. Quéré J, Tregouët B. Dépistage de la contamination VIH par le médecin généraliste: qu'en pensent les patients « non à risque » ? [France]; 2012.
57. Op de Coul ELM, van Sighem A, Brinkman K, van Benthem BH, van der Ende ME, Geerlings S, et al. Factors associated with presenting late or with advanced HIV disease in the Netherlands, 1996–2014: results from a national observational cohort. *BMJ Open* [Internet]. 4 janv 2016 [cité 28 févr 2016];6(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716151/>
58. Vernay_Vaisse C, Enel P, Bendiane M-K, Rey D, Carrieri M-P, Obadia Y. Facteurs associés à la découverte de la séropositivité au VIH. *Bull Epidémiol Hebd* [Internet]. 9 avr 2002 [cité 29 févr 2016];(15). Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/beh/2002/15/>
59. You C. Comment les médecins généralistes prennent-ils en compte les infections sexuellement transmissibles à chlamydia trachomatis ? Entretiens semi-directifs de 15 médecins généralistes du Maine et Loire [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.

60. Lundgren PT, Detanne S, Dunais B, Bruno P, Bentz L, Khouri P, et al. Promotion du dépistage d'infection à *Chlamydia trachomatis* en soins primaires. *Santé Publique*. 12 août 2016;28(3):299-308.
61. Ahmadi MH, Mirsalehian A, Bahador A. Association of *Chlamydia trachomatis* with infertility and clinical manifestations: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Infect Dis*. 2 juill 2016;48(7):517-23.
62. Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, van Alphen-Jager JT, van der Weijden T, Dinant G-J, et al. Ordering blood tests for patients with unexplained fatigue in general practice: what does it yield? Results of the VAMPIRE trial. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. avr 2009;59(561):e93-100.
63. Provost P, Dangoisse C. Le prurit : stratégie diagnostique et approche thérapeutique. 2008; (29):540-5.

Index des graphiques



Graphique 1 : Situation conjugale.....	21
Graphique 2 : Orientation sexuelle.....	21
Graphique 3 : répartition des modalités de recueil de l'orientation sexuelle.....	22
Graphique 4 : Nombre de partenaires dans l'année.....	23
Graphique 5 : Répartition de la prévention.....	24
Graphique 6 : Année des test d'IST.....	25
Graphique 7 : Détail des sérologies demandées sur l'université de Nantes.....	27
Graphique 8 : Points d'appel rencontrés et dépistés sur l'université de Nantes.....	30
Graphique 9 : Points d'appel rencontrés et dépistés au niveau régional.....	31

Index des tableaux

1-Démographie.....	19
2-Motifs.....	20
3-Orientation.....	22
4-Comportements.....	23
5-Prévention.....	24
6-Antécédents.....	25
7-IST.....	26
8-Dépistage.....	27
9-Opportunités.....	28
10-Symptômes.....	29
Liste_des_points_d'appel.....	62
Liste_des_opportunités.....	64

VII/ Annexes

1.Grille de Recueil

 Questionnaire patient n° 	
Dossier patient <input type="checkbox"/> Patient connu <input type="checkbox"/> Premier contact <input type="checkbox"/> Dernier RDV > 1 an Sexe : H / F Âge : Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Caucase <input type="checkbox"/> Amérique du Sud <input type="checkbox"/> Afrique subsaharienne <input type="checkbox"/> Asie Pays de naissance si connu : Situation conjugale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Marié(e), Pacte civil <input type="checkbox"/> Non connue Toxicomanie active : O / N / NC si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Tabac <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogue (préciser) : Vaccination hépatite B à jour : O / N / NC	Source d'info <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D
Santé sexuelle Orientation sexuelle : hétéro / homo / bi / trans / non informée Grossesse en cours : O / N Changement de partenaire depuis dernière consultation : O / N / NC Nombre de partenaires dans l'année : O / 1 / >1 / NC Usage de préservatif lors des rapports : O / N / NC Arrêt préservatif suite à une sérologie IST négative : O / N / NC ou non concerné	Source d'info <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D
Motifs de consultation : -1 -2 -3 Résultats de consultation : -1 -2 -3	Durées des symptômes
Dépistage : La prévention a-t-elle été abordée lors de la consultation? O / N Si oui, sujet abordé : <input type="checkbox"/> FdR CV <input type="checkbox"/> Hygiène de vie <input type="checkbox"/> Vaccination <input type="checkbox"/> Frottis <input type="checkbox"/> Contraception <input type="checkbox"/> Dépistage cancer <input type="checkbox"/> Dépendance (dont médicaments) <input type="checkbox"/> Autre : Antécédent d'anomalie au frottis ou de condylome : O / N / NC Antécédent de test IST réalisé ? O / N / NC si oui, année du dernier : Antécédent personnel d'IST ? O / N / NC si oui, laquelle : Prescription de bilan IST ? O / N ? détail non connu <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> VHB <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> Chlamydia : auto/hétéro-prélèvement/ premier jet/ sérologie <input type="checkbox"/> gonocoque	Source d'info <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D
Commentaires :	

Glossaire

O : Oui N : Non NC : Non connu IST : Infection Sexuellement Transmissible
H : Homme F : Femme RDV : rendez-vous FdR CV : facteurs de risque cardio-vasculaire
Source d'info : O : Observé lors de la consultation ; M : connu par le Médecin ; D : info du Dossier

2.Lettre d'information aux internes

Questionnaire : mode d'emploi

Ceci est un questionnaire de thèse concernant le dépistage des infections sexuellement transmissibles en médecine générale. La sexualité est en effet un sujet peu abordé par les médecins pour de multiples raisons, mais également éludé par les patients. L'objet de cette étude est donc d'analyser si, malgré tout, les situations nécessitant un dépistage sur un point d'appel, ou nécessitant une surveillance accrue de part les conduites à risque sont bien identifiées par les médecins.

La tranche d'âge étudiée est de 16 à 60 ans pour des raisons purement pratique : le dépistage des personnes âgées est surtout centré facteur de risque cardio-vasculaire et cancérologie, leur vie sexuelle ayant tendance à être très sévèrement éludée ce qui n'est pas notre problème du jour.

L'étude étant une analyse des pratiques, cela sous-entend donc que votre maître de stages ne doit pas être informé de l'objet de la recherche. De même, cela nécessite que vous soyez encore en phase d'observation puisque ce n'est pas vos pratiques qui m'intéressent.

Se présente donc trois solutions pour remplir les données du dossier : soit la réponse est donnée clairement en consultation, soit vous la retrouvez dans le dossier (sans y passer des heures, si les données ne sont pas accessibles rapidement, c'est que votre MSU n'a pas jugé utile de le mettre en avant ça me suffit), soit vous mettez que vous ne le savez pas..

Le questionnaire étant très rapide à compléter, l'idéal serait de le remplir au fur et à mesure pour éviter de perdre des données. De même, je vous demanderai de le remplir pour trois consultations d'affilées chez des patients de cette tranche d'âge (donc non choisies) sur une matinée par praticien. Si vous n'avez pas trois patients de moins de 60 ans dans la même matinée, pas de panique, vous pouvez le faire sur le suivant dans la journée sans souci. Cela vous fait donc 9 questionnaires à remplir chacun. Pour ceux étant chez un binôme, merci d'en compléter 9 également répartis sur trois matinées.

Maintenant, quelques consignes simples pour que vos données soient analysables :

- entourez la réponse qui correspond à la situation
- n'hésitez pas à indiquer que vous ne savez pas (= NC)
- concernant les motifs de consultation, cela peut-être un symptôme, un suivi de diagnostic déjà posé, une demande d'acte ou de certificat, etc. Mettez ce que demande le patient, je m'arrangerai pour le classer ensuite. Et surtout, il peut y avoir plusieurs motifs de consultation!

- les résultats de consultation fonctionnent sur le même système : j'aimerais avoir le diagnostic en cas de maladie, mais également les actes administratifs ou thérapeutiques réalisés (certificat, frottis, ostéopathie, dépistage cancer colorectal...). C'est très large, mettez y tout et je ferai mon tri en cas de nécessité.

Concernant la vaccination VHB, aucune nécessité de rechercher un taux d'anticorps, je cherche surtout à savoir si cette vaccination a été abordée et réalisée sans rechercher son efficacité.

Enfin, concernant les commentaires, ce cadre est libre pour me faire part de tout ce que vous jugerez pertinent pour l'analyse des données. Ceci peut être une remarque sur le diagnostic (très nombreux symptômes sans possibilité de hiérarchiser par exemple) ; la description d'une situation personnelle, sociale ou conjugale non proposée (patient transsexuel, prostitution) ; ou simplement une difficulté personnelle à remplir le questionnaire (par exemple y noter quand vous n'avez pas accès à l'ordinateur du MSU).

3. Liste des points d'appel

Système	Numéro	Pathologie / symptôme	Durée
A	3	Fièvre	> 5 jours
	4	Fatigue / Faiblesse générale	
	70	Tuberculose	
	76	Autre exanthème viral	
B	2	Ganglion lymphatique augmenté / douloureux : noté pour polyadénopathies	
	25	Peur du SID / VIH	
	71	Adénite chronique/non spécifique	
	72	Maladie de Hodgkin/lymphome	
	82	Autre anémie/indéterminée	
	83	Purpura/défaut de coagulation	
	87	Splénomégalie	
	90	Infection par le HIV, SIDA	
D	4	Douleur rectale/anale	
	11	Diarrhée	> 5 jours
	13	Jaunisse	
	16	Saignement rectal	
	23	Hépatomégalie	
	72	Hépatite virale	
	83	Maladie bouche/langue /lèvres : noté pour candidose Maladie	
	95	Fissure anale/abcès péri anal	
F	5	Noté si baisse d'acuité visuelle	
	70	Conjonctivite infectieuse	
	85	Ulcère de cornée	
H	2	Problème d'audition	
L	18	Douleur musculaire	> 5 jours
	70	Infection du système ostéo-articulaire	
N	71	Méningite/encéphalite NCA	
	91	Paralysie faciale	
	94	Névrite/neuropathie périphérique	
P	9	Préoccupation sur identité sexuelle	
	19	Usage abusif de drogue	
	20	Perturbation de la mémoire	
	70	Démence	
R	76	Angine aiguë	> 5 jours

S	2	Prurit	
	6	Éruption localisée	
	7	Éruption généralisée	
	70	Zona : noté si récidivant ou > 1	
	72	Gale / autre acariose	
	75	Moniliase / candidose de la peau	
	86	Dermite séborrhéique : notée si sévère	
	90	Pityriasis rosé	
	91	Psoriasis	
	95	Molluscum contagiosum : noté si nombre important	
T	8	Perte de poids	
U	1	Miction douloureuse	
	72	Urétrite	
X	1	Douleur génitale de la femme	
	4	Rapport sexuel douloureux femme	
	13	Saignement post-coïtal femme	
	14	Écoulement vaginal	
	23	Peur d'une MST chez la femme	
	70	Syphilis chez la femme	
	71	Gonococcie chez la femme	
	75	Cancer du col de l'utérus	
	84	Vaginite	
	85	Maladie du col de l'utérus NCA	
X	86	Frottis de col anormal	
	90	Herpès génital chez la femme	
	91	Condylome acuminé chez la femme	
	92	Infection génitale chlamydia chez la femme	
Y	1	Douleur du pénis	
	2	Douleur des testicules, du scrotum	
	3	Écoulement urétral chez l'homme	
	25	Peur d'une MST chez l'homme	
	70	Syphilis chez l'homme	
	71	Gonococcie chez l'homme	
	72	Herpes génital chez l'homme	
	73	Prostatite / vésiculite : noté si patient jeune	
	74	Orchite / épидidymite : noté si patient jeune	
	76	Condylome acuminé chez l'homme	

4. Liste des opportunités de dépistage

Système	Numéro	Symptôme
W	1	Question de grossesse
	2	Peur d'être enceinte
	10	Contraception post-coïtal
	11	Contraception orale
	12	Contraception intra-utérine
	15	Stérilité/hypofertilité de la femme
	78	Grossesse
	79	Grossesse non désirée
	83	Avortement provoqué
X	31	Examen gynécologique
	34	Bilan sanguin à orientation génitale de la femme
	37	Frottis cervico-vaginal
	44	Éducation, recommandations
A	30	Bilan de santé détaillé
	34	Bilan sanguin
	44	Vaccination, médication préventive
Y	34	Bilan sanguin à orientation génitale de l'homme
Z	12	Problèmes de relation entre partenaires
	13	Problème de comportement du partenaire
	25	Agression

5.Affiche d'information aux patients

Information des patients concernant une étude de recherche universitaire en cours au cabinet

Votre médecin est enseignant clinicien ambulatoire et à ce titre, il assure la formation d'internes en stage au sein du cabinet. A ce titre également, il est sollicité pour participer à un projet de recherche universitaire encadré par le département de médecine générale de la faculté.

Une enquête a lieu actuellement, qui s'intéresse aux échanges entre médecins et patients concernant le dépistage au cours de la consultation. L'enquête consiste en un recueil de données au cours de la consultation réalisé par l'interne actuellement en stage.

Les données recueillies sont anonymisées, et votre participation est entièrement libre. Qu'elle que soit votre décision, elle est sans incidence sur vos soins.

En restant à votre disposition pour tout complément d'information éventuel, je vous remercie de l'attention que vous porterez à cette sollicitation.

Département de Médecine Générale Nantes

Vu, le Président du Jury,
Pr RAFFI François

Vu, la Directrice de Thèse
Dr HALL Nolwenn

Vu, la Directrice de Thèse,
Dr GRIMAULT Charlotte

Vu, le Doyen de la Faculté,
Pr JOLLIET Pascale

NOM : MORVAN

PRENOM : Yoann

Titre de Thèse : Étude observationnelle des situations et opportunités de dépistage des infections sexuellement transmissibles en consultation de soins primaires en région Pays de la Loire

RESUME

Contexte et objectif

Les infections sexuellement transmissibles (IST) ont une incidence stable malgré les politiques de santé publiques menées pour améliorer leur dépistage. Nous souhaitons déterminer quelles situations cliniques, nécessitant ou permettant un dépistage des MST, sont identifiées comme tel par les praticiens en situation de soins primaires de médecine générale.

Méthode

Étude régionale observationnelle, transversale, réalisée de mai à juillet 2016 sur les départements dépendants de la faculté de Nantes, et en novembre 2016 pour ceux dépendants de la faculté d'Angers. Recueil des données de consultations sur une grille par les internes en stage praticien niveau 1, en période d'observation. Inclusion systématique des trois premiers patients âgés de 16 à 60 ans consultant chez chaque maître de stage universitaire.

Résultats

979 consultations ont été observées au niveau régionale, dont 443 pour l'université de Nantes, permettant l'analyse de consultations de 195 MSU. Les points d'appel d'IST les plus fréquemment rencontrés sont l'asthénie, les adénopathies puis les lésions dermatologiques. Ils n'amènent cependant pas systématiquement à un dépistage, avec un bilan d'IST prescrit dans 26% des 54 points d'appels rencontrés. Les conduites à risque sexuelles semblent sous-évaluées par les médecins généralistes, mais sont souvent source d'un dépistage ciblé lorsqu'elles sont portées à leur connaissance.

Conclusion

Bien que les situations de dépistage soient connues des étudiants en médecine, l'application diffère de la théorie. Afin de permettre un meilleur dépistage, il semble utile au vu de nos données d'orienter la formation des médecins généralistes de façon plus ciblée sur deux éléments : la communication, afin de faciliter l'abord de la sexualité ; et sur les éléments de distinction entre un symptôme de pathologie bénigne et celui d'une IST, souvent identiques et source de sous-dépistage.

MOTS-CLES

DÉPISTAGE, INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, MÉDECINE GÉNÉRALE, SOINS PRIMAIRES